

**Wirksamkeit und Wirkungsweise von  
psychologischen Interventionen bei Paaren:**  
Übersicht über den aktuellen Forschungsstand  
und fünf empirische Studien

Abhandlung  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät  
der  
Universität Zürich, Schweiz

vorgelegt von

Marcel Schär

von Hasle bei Burgdorf, BE

Angenommen im Frühjahrssemester 2010 auf Antrag von Herrn Prof. Dr.  
Guy Bodenmann und Herrn Prof. Dr. Martin Grosse-Holtforth

Zürich, Januar 2010



None of us understand psychotherapy well enough  
to stop learning from all of us

Frank Pittman



## **Danksagung**

Ohne den Einfluss und die Mithilfe von verschiedensten Personen wäre diese Arbeit nie entstanden und die nachfolgenden Blätter wären unbeschrieben geblieben.

Als erstes möchte ich ganz herzlich Prof. Dr. Guy Bodenmann danken, für alles, was ich von ihm über Paare, Paartherapie und das wissenschaftliche Arbeiten lernen durfte, für die Freiheiten, die er mir immer gewährt hat, für seine hilfreiche und wohlwollende Unterstützung, seine Förderung und sein grosses Vertrauen in mich, für seine eindrucksvolle theoretische und praktische Kompetenz auf dem Gebiet der Interventionen bei Paaren und für die lehrreiche, anregende, spannende und intensive Zeit.

Bei Prof. Dr. Martin Grosse-Holtforth möchte ich mich ebenfalls herzlich bedanken, dass er sich bereit erklärt hat, meine Dissertation zu begutachten, aber auch für die guten Gespräche und nicht zuletzt für die wertvolle und freundliche Unterstützung.

Ein grosser Dank gilt auch lic. phil. Nathalie Meuwly. Eine bessere Bürokollegin kann man sich nicht wünschen. Sie war immer da, wenn ich sie brauchte und ich konnte mit ihr sämtliche Ideen, Probleme und Lösungen beratschlagen und diskutieren. Sie hat schliesslich während ihren Weihnachtsferien das Manuskript Korrektur gelesen und viele hilfreiche Ratschläge gegeben.

Dr. Fridtjof Nussbeck möchte ich herzlich danken, dass er seine freundliche und humorvolle Art trotz meinen zahlreichen statistischen Fragen nie verlor, immer ein offenes Ohr hatte und mir stets sehr kompetent weiterhelfen konnte.

Ich hatte das Glück, meinen ersten wissenschaftlichen Artikel mit Dr. Beate Ditzen schreiben zu dürfen. Für die hilf- und lehrreiche Unterstützung und den freundschaftlichen Kontakt möchte ich mich aufrichtig bedanken.

Noëlle Perron möchte ich danken, dass sie den unveröffentlichten englischsprachigen Artikel Korrektur korrigiert hat und dabei viele Fehler ausmerzen konnte.

Ohne die liebevolle Unterstützung und Förderung meiner Eltern während meines ganzen Lebens, wäre ich nicht fähig gewesen diese Arbeit zu schreiben. Sie sind ein Vorbild dafür, wie man eine Partnerschaft auch über lange Zeit glücklich führen kann.

Der grösste Dank aber gilt Simone. Durch dich und durch das Zusammenleben mit dir habe ich wohl gleich viel über Partnerschaft gelernt wie von Guy. Deine persönliche und fachliche Unterstützung in jeder Phase der Dissertation waren von unschätzbarem Wert. Ohne dich und deine Liebe wäre vieles anders und vieles wäre viel weniger schön und gut. Für das alles bin ich dir von ganzem Herzen dankbar.

## **Zusammenfassung**

Präventive und therapeutische Interventionen bei Paaren haben in den letzten 40 Jahren stark an Bedeutung gewonnen, sowohl in der Forschung als auch in der therapeutischen Praxis. Im Laufe dieser Zeit wurden diverse Therapiebausteine neu- und weiterentwickelt und insbesondere die Wirksamkeit und die Wirkungsweise von verhaltenstherapeutischen Paarinterventionen standen sehr oft im Fokus der Forschung.

In Anlehnung an das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky et al. (2004) wird in der vorliegenden Arbeit zwischen Input-, Prozess- und Outputvariablen unterschieden. Der aktuelle Forschungsstand in Bezug auf die Outputvariablen weist darauf hin, dass eine grosse Anzahl von Studien und Metaanalysen die Wirksamkeit von Paarinterventionen konsistent belegen konnte. Allerdings zeigte sich auch, dass durch die bisherigen Interventionen viele Paare nicht erreicht werden können. Studien zu Input- und Prozessvariablen sind dagegen seltener. Auch wenn die Ergebnisse in diesen Bereichen widersprüchlicher sind, konnten potentielle Faktoren identifiziert werden, die einen relevanten Beitrag für den therapeutischen Prozess und Erfolg liefern können.

Abgeschlossen wird die Arbeit mit zwei Modellen, die als Zusammenfassung der vorherigen Kapitel und als Grundlage für weiterführende Fragestellungen dienen. Das erste ist ein theoretisches Modell („Übersichtsmodell zur Psychotherapieforschung mit Paaren“), welches die bisherigen Psychotherapieforschungsmodelle um die Paarperspektive erweitert. Das zweite ist ein inhaltliches Modell („Integratives Modell für Psychotherapie mit Paaren“), das die Wiederherstellung der Intimität als einen zentralen Prozess in der Psychotherapie bei Paaren betrachtet und eine Integration verschiedener therapeutischer Ansätze erlaubt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK.....</b>	<b>1</b>
1.1	AUFBAU DER ARBEIT .....	2
1.2	VERHALTENSTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN BEI PAAREN .....	3
1.2.1	<i>Paartherapie bei primären Partnerschaftsstörungen.....</i>	3
1.2.1.1	Geschichte der Verhaltenstherapie mit Paaren .....	3
1.2.1.2	Therapiebausteine der Verhaltenstherapie mit Paaren .....	4
1.2.2	<i>Paartherapie bei spezifischen psychischen Störungen.....</i>	12
1.2.2.1	Theoretischer und empirischer Hintergrund.....	12
1.2.2.2	Paartherapie zur Behandlung von Depression.....	13
1.2.2.3	Paartherapie zur Behandlung anderer Störungsbilder .....	15
1.2.3	<i>Präventive Interventionen bei Paaren.....</i>	16
1.2.3.1	Geschichte von Präventionsprogrammen bei Paaren .....	16
1.2.3.2	Allgemeine Inhalte von Präventionsprogrammen bei Paaren .....	16
1.2.3.3	Präventionsprogramme für Paare im deutschen Sprachraum .....	18
1.2.3.4	Neuere Entwicklungen .....	19
1.3	PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG: DAS „GENERIC MODEL OF PSYCHOTHERAPY“ VON ORLINSKY ET AL. (2004) ....	20
<b>2</b>	<b>OUTPUTFORSCHUNG .....</b>	<b>23</b>
2.1	WAS IST OUTPUTFORSCHUNG? .....	23
2.1.1	<i>Wirksamkeit.....</i>	24
2.1.2	<i>Praxisbewährung.....</i>	26
2.1.3	<i>Effizienz .....</i>	27
2.2	OUTPUTFORSCHUNG ZUM THEMA PARTNERSCHAFT .....	28
2.2.1	<i>Wirksamkeit von Paarinterventionen .....</i>	28
2.2.1.1	Paartherapie bei primären Partnerschaftsstörungen .....	28
2.2.1.2	Paartherapie bei spezifischen Störungen: Depression.....	29
2.2.1.3	Präventive Interventionen bei Paaren.....	30
2.2.2	<i>Praxisbewährung von Paarinterventionen.....</i>	32
2.2.3	<i>Effizienz von Paarinterventionen .....</i>	32
2.3	EIGENE ARTIKEL ZUM THEMA OUTPUTFORSCHUNG UND PARTNERSCHAFT .....	34
2.3.1	<i>Studie 1: Balancing Work and Relationship: Couples Coping Enhancement Training (CCET) in the Workplace.....</i>	34
2.3.2	<i>Studie 2: Auffrischkurse bei der Prävention von Beziehungsstörungen: Wer nimmt teil, wer profitiert?.....</i>	55
2.4	FAZIT OUTPUTFORSCHUNG.....	67
<b>3</b>	<b>PROZESSFORSCHUNG.....</b>	<b>71</b>
3.1	WAS IST PROZESSFORSCHUNG? .....	71
3.1.1	<i>Unterschiedliche Perspektiven.....</i>	71
3.1.2	<i>Unterschiedliche Inhalte .....</i>	72

3.1.2.1	Therapeutische Prozesse vs. Veränderungsprozesse.....	72
3.1.2.2	Veränderungsprozesse vs. Veränderungsmechanismen .....	73
3.2	PROZESSFORSCHUNG ZUM THEMA PARTNERSCHAFT .....	74
3.2.1	<i>Veränderungsprozesse bei Paarinterventionen</i> .....	74
3.2.1.1	Ebene Therapeut – Paar .....	74
3.2.1.2	Ebene Paar .....	76
3.2.2	<i>Veränderungsmechanismen bei Paarinterventionen</i> .....	77
3.2.2.1	Therapiespezifische Veränderungsmechanismen .....	77
3.2.2.2	Therapieunspezifische Veränderungsmechanismen.....	79
3.3	EIGENE ARTIKEL ZUM THEMA PROZESSFORSCHUNG UND PARTNERSCHAFT .....	80
3.3.1	<i>Studie 3: Emotionale und physiologische Reaktionen von Paaren während einer paartherapeutischen Intervention: Eine Pilotstudie</i> .....	80
3.3.2	<i>Studie 4: Effects of Communication Training and Oxytocin on Cortisol, Conflict Behavior and its Evaluation during Marital Conflict</i> .....	91
3.4	FAZIT PROZESSFORSCHUNG.....	107
<b>4</b>	<b>INPUTFORSCHUNG .....</b>	<b>109</b>
4.1	WAS IST INPUTFORSCHUNG?.....	109
4.2	INPUTFORSCHUNG UND PARTNERSCHAFT .....	110
4.2.1	<i>Inputvariablen bei Paarinterventionen</i> .....	110
4.2.1.1	Klientenvariablen bei Paarinterventionen .....	110
4.2.1.2	Therapeutenvariablen bei Paarinterventionen.....	111
4.2.2	<i>Partnerschaftliche Inputvariablen bei individueller Psychotherapie</i> .....	112
4.2.2.1	Konflikte in der Partnerschaft.....	113
4.2.2.2	Unterstützung in der Partnerschaft .....	113
4.2.2.3	Expressed Emotion (EE).....	113
4.3	EIGENER ARTIKEL ZUM THEMA INPUTFORSCHUNG UND PARTNERSCHAFT.....	114
4.3.1	<i>Studie 5: Behandlungsverlauf bei depressiven Störungen: Demographische, intrapsychische und interpersonelle Prädiktoren des Patienten und dessen Partner</i> .....	114
4.4	FAZIT INPUTFORSCHUNG .....	143
<b>5</b>	<b>ABSCHLIESSENDES FAZIT .....</b>	<b>145</b>
5.1	ÜBERSICHTSMODELL ZUR PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG MIT PAAREN .....	145
5.2	INTEGRATIVES MODELL FÜR PSYCHOTHERAPIE MIT PAAREN .....	148
<b>6</b>	<b>LITERATUR .....</b>	<b>151</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>161</b>
7.1	CURRICULUM VITAE.....	162
7.2	EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG .....	163



# 1

# Einführung in die Thematik

Eine glückliche Partnerschaft gehört für die meisten Menschen zu den wichtigsten Eckpfeilern eines glücklichen und erfüllten Lebens (Bodenmann, 2005). In Umfragen zur Lebenszufriedenheit stehen Liebe, Partnerschaft und Familie als zentrale Faktoren des Wohlbefindens oftmals an erster Stelle. Epidemiologische Studien zeigen zudem, dass Menschen in glücklichen partnerschaftlichen Beziehungen weniger gesundheitliche Probleme aufweisen (siehe z.B. Robles & Kiecolt Glaser, 2003). Die aktuellen Scheidungsraten in den westlichen Industrienationen, weisen aber auch auf die Tatsache hin, dass es vielen Paaren nicht gelingt über längere Zeit eine zufriedenstellende Partnerschaft zu führen, so dass sich 30- 50% (siehe z.B. Bundesamt für Statistik, 2008) der Paare schliesslich scheiden lassen. Verschärft wird dies noch dadurch, dass es viele unglückliche aber stabile Partnerschaften gibt, d.h. Paare die sich zwar nie trennen, aber unter den negativen Konsequenzen leiden. Neben den beiden Partnern sind auch die Kinder von Konflikten innerhalb der Paarbeziehung betroffen. Kinder in dysfunktionalen Familien weisen nicht nur mehr Verhaltensauffälligkeiten oder affektive Störungen auf (Cherlin, Furstenberg, Chase-Lansdale, Kiernan, & Robins, 1991), sondern auch ein erhöhtes Risiko sich später selbst scheiden zu lassen (Amato, 2001). Diese Daten verdeutlichen, dass Interventionen auf der Paarebene wichtig sind, um dysfunktionalen Entwicklungen in der Partnerschaft sowie deren Folgeerscheinungen entgegenzuwirken. Doch wie wirksam sind diese Interventionen? Gibt es Interventionen, die besser wirken als andere? Für welche Paare wirken die Interventionen, für welche nicht? Welche Wirkmechanismen liegen diesen Interventionen zugrunde?

Die vorliegende Arbeit und die darin enthaltenen Studien, versuchen Antworten auf diese

Fragen zu geben und stehen somit im Einflussfeld zweier grosser Themen: Psychologische Interventionen bei Paaren und Psychotherapieforschung<sup>1</sup>.

## 1.1 Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel erfolgt eine theoretische Einführung in die beiden Schwerpunkte dieser Arbeit. Dazu werden in Kapitel 1.2 die Anwendungsgebiete und die Inhalte von verhaltenstherapeutischen Interventionen vorgestellt. Anschliessend folgt im Kapitel 1.3 eine kurze Einführung in das „Generic Modell of Psychotherapy“ von Orlinsky et al. (2004). Das Grundkonzept dieses Modells – die Unterscheidung in Input-, Prozess- und Outputvariablen – stellt die Grundlage für die nachfolgenden drei Kapitel dar. Die Abfolge von Input, Prozess und Output wird allerdings umgedreht, da dies dem konkreten Forschungsvorgehen entspricht: Bevor beleuchtet wird, welche Prozesse während einer Intervention ablaufen und welche Variablen diese Prozesse beeinflussen, muss zuerst überprüft werden, ob die Intervention wirkt (Doss, 2004).

So wird mit der Darstellung der Outputforschung begonnen (Kapitel 2), gefolgt von Prozess- (Kapitel 3) und Inputforschung (Kapitel 4). Die einzelnen Kapitel sind jeweils wie folgt strukturiert: Nach einer kurzen Einführung in die jeweiligen Bereiche (Kapitel X.1), folgt zweitens eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand bei Paaren (Kapitel X.2), drittens die eigenen Studien zum jeweiligen Bereich (Kapitel X.3) und viertens ein Fazit zu den jeweiligen Inhalten der Kapitel (Kapitel X.4).

Im letzten Abschnitt (Kapitel 5) wird die vorliegende Arbeit mit der Skizzierung von zwei weiterführenden Modellen (Kapitel 5.1 und 5.2) abgeschlossen.

---

<sup>1</sup> Da das Spektrum an Paarinterventionen sehr gross ist, konzentriere ich mich in der folgenden Arbeit vor allem auf verhaltenstherapeutische Interventionen. Zudem wird in der Arbeit der Begriff „Klient“ anstelle von „Patient“ aus zweierlei Gründen gebraucht: Erstens hat „Patient“ mehr eine medizinische als psychologische Konnotation und zweitens können unter „Klient“ alle Personen subsummiert werden, die in der Rolle des Hilfeempfängers sind (Therapie, Beratung und Prävention). Der Begriff des Therapeuten soll gemäß einer umfassenden Definition verstanden werden, wonach der Begriff für alle Personen gilt, die in der helfenden Rolle sind (Trainer, Berater, Therapeut). Die Begriffe Klient und Therapeut schließen zudem beide Geschlechter gleichermaßen ein.

## 1.2 Verhaltenstherapeutische Interventionen bei Paaren

Unter verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Paaren werden sowohl therapeutische als auch präventive Interventionen mit kognitiv-behavioraler Orientierung verstanden. Diese Interventionen basieren weitgehend auf den klassischen Lerntheorien, aber auch auf der Motivations-, Emotions- und Persönlichkeitspsychologie (Bodenmann, 2004).

Innerhalb der therapeutischen Interventionen mit Paaren können zwei weitere Unterscheidungen getroffen werden: Entweder wird Paartherapie bei primären Partnerschaftsstörungen angewendet oder zur Behandlung von individuellen psychischen Störungen, die durch Paarprobleme ausgelöst oder aufrechterhalten werden, resp. sich negativ auf die Partnerschaft auswirken.

Aus diesem Grund erfolgt die Darstellung der Interventionen getrennt. Im ersten Unterkapitel werden die paartherapeutischen Interventionen für primäre Partnerschaftsstörungen, im zweiten die paartherapeutischen Interventionen für individuelle psychische Störungen und im dritten die präventiven Interventionen dargestellt.

### 1.2.1 Paartherapie bei primären Partnerschaftsstörungen

#### 1.2.1.1 *Geschichte der Verhaltenstherapie mit Paaren*

Die ersten Artikel über Verhaltenstherapie mit Paaren erschienen in den späten 60er und den frühen 70er Jahre (Azrin, Naster, & Jones, 1973; Weiss, Hops, & Patterson, 1973). Während ihrer inzwischen 40 jährigen Geschichte ist die Verhaltenstherapie für Paare zur bestuntersuchtesten Paartherapieform geworden und ist mittlerweile weit verbreitet. Eine nationale Untersuchung der „American Association for Marriage and Family Therapy“ konnte aufzeigen, dass 31% der dort ansässigen Praktiker angeben, eine kognitiv-behaviorale Ausrichtung zu haben (Northey, 2002).

Obwohl die konzeptuelle Basis der Verhaltenstherapie für Paar kontinuierlich weiterentwickelt worden ist, sind einige Grundbestandteile dieser frühen Paartherapien noch immer Bestandteil moderner Therapiekonzeptionen. Das Reziprozitätstraining zum Beispiel gehört zu den ersten verhaltenstherapeutischen Paarinterventionen überhaupt (Azrin, et al., 1973; Stuart, 1969). Als Folge von Untersuchungen zum Kommunikationsverhalten von gestressten Paaren (Gottman, Markman, & Notarius, 1977; Wills, Weiss, & Patterson, 1974) wurden bald darauf auch Kommunikations- und Problemlösetrainings zum festen Bestandteil der Paartherapie (Jacobson & Margolin, 1979). In der 80er Jahren übertrug man zudem Erkenntnisse aus der kognitiven Individualtherapie auf Paare (siehe z.B. Baucom & Lester, 1986).

Diese verhaltenstherapeutischen Interventionen haben sich zwar über die Zeit bewährt (sie-

he Kapitel 2.2), allerdings zeigte sich auch, dass nur 40-50% der Paare auf die Therapie ansprechen und positive Langzeiteffekte aufweisen (Christensen, Jacobson, & Babcock, 1995; Shadish & Baldwin, 2005). Um die Wirksamkeit der Therapie zu steigern, wurden in den letzten Jahren verschiedene Ergänzungen zu den bisherigen Inhalten formuliert. Einerseits schlugen Jacobson und Christensen (1998) in ihrer integrativen Verhaltenstherapie bei Paaren vor, den klassisch kognitiv-behavioralen Ansatz durch Akzeptanztechniken zu ergänzen. Andererseits postulierte Bodenmann (2004) aufgrund verschiedener Ergebnissen aus der Coping- und Stressforschung eine Erweiterung der Paartherapie in Bezug auf das dyadische Coping.

Die Ziele einer modernen Verhaltenstherapie für Paare liegen gemäss Hahlweg und Baucom (2008) hauptsächlich in der Unterbrechung von Zwangsprozessen<sup>2</sup> (Bodenmann, 2004; G. R. Patterson & Reid, 1970) und im Wiederaufbau einer positiven Reziprozität und Kommunikation.

### *1.2.1.2 Therapiebausteine der Verhaltenstherapie mit Paaren*

Um die obengenannten Ziele zu erreichen, stehen verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken zur Verfügung (Bodenmann, 2004; T. Patterson, 2005; Schindler, Hahlweg, & Revenstorf, 1998). Nachfolgend soll auf die einzelnen Bestandteile kurz eingegangen werden<sup>3</sup>.

#### **Reziprozitätstraining**

Bei vielen Paaren in Therapie ist die Interaktion zwischen den beiden Partnern stark gestört. Auf der einen Seite zeigen sie zu viel Negativität (Vorwürfe, Anklagen, Rückzug, usw.), auf der anderen Seite zu wenig Positivität (Komplimente, Aufmerksamkeit, Zärtlichkeit, usw.). Je mehr Negativität gezeigt wird, desto schwieriger wird es, auch die positiven Empfindungen gegenüber dem anderen zu spüren und mitzuteilen. Um aus diesem Teufelskreis auszubrechen wurde das Reziprozitätstraining entwickelt (Azrin, et al., 1973). Inhaltlich folgt das Training drei Schritten: Erstens überlegt sich jeder Partner eigene Verhaltensweisen, die den anderen freuen könnten (d.h. Erstellen eines Verstärkeruniversums). In einem zweiten Schritt werden diese Listen gemeinsam durchgegangen und ergänzt. Im letzten Schritt sollen

---

<sup>2</sup> Zentrale Annahme beim Zwangsprozess ist, dass Partner A lernt, dass er seine Bedürfnisse lediglich mit negativen Mitteln (aggressives Verhalten wie Schreien, Fluchen, usw.) gegenüber Partner B durchzusetzen kann. Kurzfristig ist diese Strategie erfolgreich, führt aber über längere Zeit zu einer Habituation von Partner B an diese negativen Mittel. Dadurch entsteht eine negative Spirale, da Partner A immer mehr Negativität zeigen muss, um den gleichen Effekt zu erreichen.

<sup>3</sup> Hinzuweisen ist, dass es eine Reihe von Interventionen zu spezifischen paarinternen Problemen gibt (z.B. Ausenbeziehung, Gewalt in der Partnerschaft, usw.), auf die aus Platzgründen in dieser Arbeit nicht eingegangen werden kann.

diese positiven Verhaltensweisen schliesslich umgesetzt und vom anderen bemerkt werden, („Den anderen dabei erwischen, wie er mir etwas Gutes tut“; Schindler, et al., 1998, p. 180). In der Regel können die Partner selber entscheiden, welches Verhalten sie wann und wie oft zeigen wollen („good faith contracting“; Weiss, Birchler, & Vincent, 1974). Falls dies allerdings schwierig ist und nicht funktioniert, können auch sogenannte „Quid-pro-quo“-Verträge (Stuart, 1969) ausgearbeitet werden, bei denen genau festgelegt wird, wer welches Verhalten zeigt und mit welchem Verhalten der eine Partner auf das gewünschte Verhalten des anderen reagieren soll.

Durch dieses Training wird einerseits positives Verhalten gegenüber dem Partner aufgebaut. Andererseits führt diese Übung auch zu einer Gegenkonditionierung: Während der Partner aufgrund der vielen Konflikte zu einem eher negativen Stimulus geworden ist, wird der Partner im Zuge dieser Übung vermehrt mit positiven Reizen gekoppelt, wodurch eine neue Sicht auf den Partner ermöglicht wird (Baucom, 1982).

### **Kommunikationstraining**

In sämtlichen Therapierichtungen, die sich mit interaktionellen Verhaltensweisen beschäftigen, spielt die Kommunikation eine zentrale Rolle (T. Patterson, 2005). Bereits Jacobson und Margolin (1979) postulierten, dass Kommunikationstrainings die wichtigsten Bestandteile einer Paartherapie seien. Zudem sind Kommunikationsschwierigkeiten eine der am häufigsten genannten Gründe für das Aufsuchen einer Paartherapie (Hahlweg & Baucom, 2008).

Das Ziel von Kommunikationstrainings ist es, dass Paare lernen, auch über schwierige Themen konstruktiv miteinander zu kommunizieren. Der Kern der Kommunikationstrainings ist das Erarbeiten und Einüben von Kommunikationsregeln, die eine funktionale Kommunikation miteinander erlauben (siehe auch Schindler, et al., 1998). Zu Beginn eines solchen Trainings wird am besten mit dem Paar eine Videoaufnahme über ein Streitgespräch analysiert. Der Fokus ist auf drei Punkte gerichtet: Welche Verhaltensweisen sind unangenehm und führen zu einer Gesprächseskalation? Wie können Ansichten, Wünsche, usw. in einer annehmbaren Form geäussert werden (Sprecherfertigkeiten)? Wie können diese Wünsche und Gefühle erfasst und wie kann adäquat darauf reagiert werden (Zuhörerfertigkeiten)?

Auch wenn sich die einzelnen Therapieschulen in der konkreten Ausgestaltung der Kommunikationsregeln leicht unterscheiden, können einige Kernbestandteile und Gemeinsamkeiten festgehalten werden (Bodenmann, 2004; Schindler, et al., 1998; Schindler, Hahlweg, & Revenstorf, 2007) (siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1.** Kernbestandteile der Sprecher- und Zuhörerregeln

<b>Sprecherregeln</b>	<b>Zuhörerregeln</b>
<b><i>Ich-Bezug:</i></b> Von sich und den eigenen Gedanken, Bedürfnisse, Erwartungen, usw. sprechen.	<b><i>Aktives, interessiertes Zuhören:</i></b> Zugewandte Körperhaltung, Blickkontakt, Nicken und positives Feedback.
<b><i>Konkretheit:</i></b> Bei einer ganz konkreten Stresssituation bleiben und nicht auf andere Situationen abschweifen.	<b><i>Wohlwollende, offene Fragen:</i></b> Offene, wohlwollende Fragen stellen, dem Partner helfen, die Ursachen für den Stress erkunden zu können.
<b><i>Mitteilung von Gefühlen / Bedeutung:</i></b> Herausarbeiten, welche Gefühle in der Situation kamen und warum die Situation so schlimm und stressend war.	<b><i>Zusammenfassen:</i></b> Die Aussagen des Partners in eigenen Worten, aber ohne zu interpretieren, zusammenfassen.

Um diese Kommunikationsregeln einzuüben, wird mit dem Paar und unter Anleitung des Therapeuten eine Reihe von Gesprächsübungen durchgeführt. Der Schwierigkeitsgrad kann durch die Wahl des Gesprächsthemas und durch die Gesprächsstruktur variiert werden. Den meisten Paaren fällt es in der Regel am einfachsten, zuerst über positive Gefühle und Bedürfnisse zu reden. In einem nächsten Schritt können dann negative Gefühle und schliesslich auch „heisse Eisen“ zum Gegenstand des Gespräches gemacht werden. Zu Beginn des Kommunikationstrainings wird das Gespräch hochstrukturiert angeleitet, mit einer klaren Rollenteilung (Sprecher – Zuhörer) und einer engen Begleitung durch den Therapeuten. Mit der Zeit sollte sich der Therapeut immer mehr zurücknehmen („fading out“). Zudem kann gegen Ende des Kommunikationstrainings die strenge Teilung zwischen den beiden Rollen flexibler gestaltet werden, so dass es während eines Gesprächs zu mehreren Rollenwechseln zwischen den beiden Partnern kommt (zum Überblick siehe Bodenmann, 2000a).

### **Problemlösetraining**

Neben Fertigkeiten in der Kommunikation ist auch die Vermittlung von Problemlösestrategien ein zentrales Element der Paartherapie. Dabei wird das Problemlösetraining von D’Zuriella und Goldfried (1971), welches für die individuelle Verhaltenstherapie entwickelt wurde, in ähnlicher Form auch für Paare verwendet (Jacobson & Margolin, 1979). Der Problemlöseprozess wird dabei in sechs Schritte unterteilt:

- Problembeschreibung (Was genau ist das Problem?)

- Lösungssuche (Sammeln von Lösungsmöglichkeiten ohne Bewertung)
- Bewerten (Bewerten der einzelnen Lösungen)
- Auswählen und Planen des weiteren Vorgehens (Welche Lösungsmöglichkeit wird ausgewählt? Welche Probleme/Hindernisse könnten auftauchen? usw.)
- Umsetzen
- Bewertung der Umsetzung (Was lief gut? Was lief weniger gut? Was muss geändert werden?)

Wichtig ist, darauf zu achten, dass beide Partner in etwa gleich viel in den Problemlöseprozess investieren. Zudem zeigte sich, dass es gerade zu Beginn besser ist, eng umgrenzte Probleme zu besprechen, damit die Paare bei ihren Problemlöseversuchen auch erste Erfolge erzielen können (Kroeger, Heinrichs, & Hahlweg, 2009).

### **Kognitive Interventionen bei Paaren**

Von einer radikalen verhaltensorientierten Perspektive aus gesehen, sind Gedanken und Gefühle nichts anderes als verdecktes Verhalten (T. Patterson, 2005). Die oben beschriebenen rein verhaltenstherapeutischen Interventionen, enthalten darüber hinaus jedoch implizit die Modifikation der kognitiven Strukturen, da z.B. durch das Reziprozitäts- und Kommunikationstraining neue Erwartungen und Zuschreibungen auf individueller Ebene gebildet werden. Allerdings kann es auch sein, dass die Partner zwar ihr Verhalten verändern, die negativen Kognitionen aber aufgrund persönlicher Vorgeschichten bestehen bleiben, oder dass die Partner für Verhaltensänderungen gar nicht bereit sind (z.B. mit der Annahme „Ich kann sowieso nichts tun, um die Partnerschaft zu verändern“). In diesen Fällen muss versucht werden, direkt an den Kognitionen zu arbeiten. Somit kann es durchaus Sinn machen, zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten zu unterscheiden. In Untersuchungen von Baucom, Epstein, Sayers und Sher (1989) werden fünf kognitive Aspekte erwähnt, die für die Paartherapie zentral sind:

- Selektive Aufmerksamkeit bezüglich der negativen Seiten des Partners
- Attributionen, warum der Partner auf eine bestimmte Art und Weise reagiert
- Erwartung, wie der Partner reagiert
- Annahmen darüber, wie die eigene Partnerschaft funktioniert
- Standards darüber, wie eine Partnerschaft sein sollte

Problematisch wird es, wenn diese Kognitionen eine starke dysfunktionale Ausprägung haben und so das gesamte Erleben und Verhalten negativ beeinflussen. Dysfunktional sind Kognitionen über den Partner vor allem dann, wenn sie negativ, dichotom, absolut und rigide sind. Das Ziel kognitiver Verfahren ist es, solche dysfunktionalen Kognitionen zu identifizieren.

ren, zu hinterfragen und schliesslich umzustrukturieren, resp. durch angemessenere Kognitionen zu ersetzen.

In der Therapie mit Paaren kommt es häufig vor, dass Partner neutrales oder sogar positives Verhalten des Anderen negativ interpretieren. Die Paare können hier ermutigt werden, anstelle der Interpretationen nachzufragen und so zusätzliche Informationen beim Partner einzuholen, die möglicherweise zu einer Veränderung der Kognitionen führen. Andere kognitive Interventionsmöglichkeiten sind das gemeinsame Abwägen von Vor- und Nachteilen von bestimmten Kognitionen oder das gemeinsam Überlegen von „worst case – best case“ Szenarien (Epstein & Baucom, 2002).

Eine weitere, vor allem in der Individualtherapie häufig eingesetzte kognitive Methode ist der sokratische Dialog. Bei diesem versucht der Therapeut durch Nachfragen kognitive Denkfehler und die dahinterliegenden dysfunktionalen Annahmen, Erwartungen usw. aufzudecken. Die unreflektierte Anwendung dieses Prinzips auf die Paartherapie kann allerdings problematisch sein, vor allem dann, wenn die dysfunktionalen Gedanken eines Partners gegenüber dem anderen Partner überwiegen (Baucom, Epstein, LaTaillade, & Kirby, 2008). Gerade bei hostilen Paaren kann dies dazu führen, dass der zuhörende Partner die Erkenntnisse in Zukunft gegen seinen Partner verwendet („Ich wusste schon immer, dass du komisch denkst“). Deshalb sollte diese Technik nur bei Paaren angewendet werden, die das nötige Einfühlungsvermögen haben. Zudem ist es notwendig, die dysfunktionalen Kognitionen immer bei beiden zu bearbeiten.

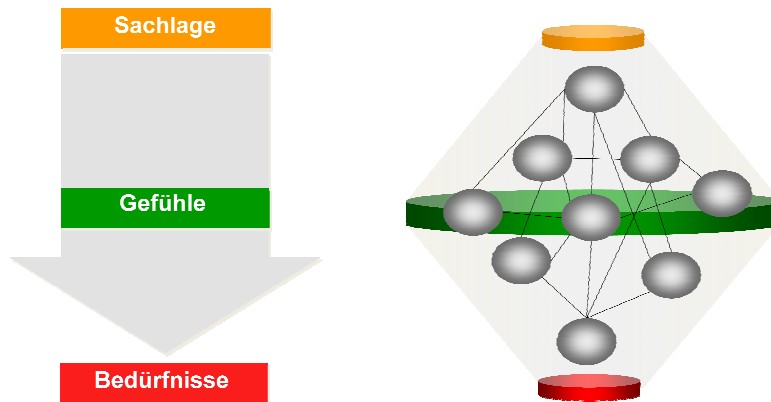
### **Dyadisches Coping**

Während die oben beschriebenen Verfahren bereits seit längerem fester Bestandteil von verhaltenstherapeutischer Paartherapie sind, gehört das dyadische Coping zu den neueren Entwicklungen. Grundlagenforschungen konnten aufzeigen, dass der gemeinsame Umgang von Stress im Alltag ein zentraler Risikofaktor für die langfristige Entwicklung der Partnerschaft ist (siehe z.B. Bodenmann, Pihet, Shantinath, Cina, & Widmer, 2006). Dabei kann paarexterner Stress (z.B. Stress auf der Arbeit, mit Nachbarn, Freunden ...), Stress der anfänglich nichts mit der Partnerschaft zu tun hat, auf die Partnerschaft überschwappen und so zu paarinternem Stress werden (Bodenmann, 1998).

Als Intervention zur partnerschaftlichen Bewältigung von Alltagsstress hat Bodenmann (2007) die 3-Phasen-Methode entwickelt. Dabei bespricht das Paar anhand der Kommunikationsregeln eine paarexterne Stresssituation. In der ersten Phase hat die durch das Stressereignis betroffene Person Zeit, ihren Stress zu schildern und den Gründen nachzuspüren, wes-



halb das Ereignis so stressend war. In dieser ersten Phase spielt die SaGe-Be-Methode<sup>4</sup> eine zentrale Rolle (siehe Abbildung 1), da sie dem Sprecher helfen soll, von der oberflächlich und oftmals diffus geschilderten Sachebene (Sa) auf die dahinterliegenden Gefühle (Ge) zu gelangen, diese zu sammeln, zu ordnen und emotional zu vertiefen um schliesslich das emotionale Bedürfnis (Be) schildern zu können. Der Zuhörer kann durch aktives und interessiertes Zuhören, durch offene Fragen und durch Zusammenfassen der wichtigen Inhalte (vor allem der genannten Gefühle) diesen Prozess begleiten und positiv beeinflussen.



**Abbildung 1.** Die SaGe-Be-Methode

Eine wesentliche Annahme der SaGe-Be-Methode (und vor allem der Trichtermethode) ist, dass in Situationen, die zu starkem Stresserleben bei den Betroffenen führen, die zentralen und zugrundeliegenden Schemata<sup>5</sup> der Person aktiviert worden sind. Da gemäss der semantischen Netzwerktheorie (z.B. Klimesch, 1994) das situationale Stresserleben mit Kognitionen, Emotionen und schliesslich auch mit den dahinterliegenden Schemata in Verbindung steht, können durch strukturiertes, wohlwollendes und zielführendes Nachfragen und Nachspüren tiefer liegende, weniger bewusste Gefühle, Bedürfnisse und auch die zentralen Schemata „ent-deckt“ und so dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden. Dadurch wird das eigene

<sup>4</sup> Grundlage der SaGe-Be-Methode ist die Trichtermethode, die in der Literatur bereits ausführlich beschrieben worden ist (siehe z.B. Bodenmann, 2004). Aufgrund verschiedener Erkenntnisse, vor allem aus der präventiven Arbeit mit Paaren, wurde als Ergänzung zur Trichtermethode die SaGe-Be-Methode eingeführt. Im Gegensatz zur Trichtermethode stehen in der SaGe-Be-Methode mehr die Gefühle und die (emotionalen) Bedürfnisse der gestressten Person und weniger die Schemata im Zentrum der Intervention. Die Einführung der SaGe-Be Methode hat somit didaktische Vorteile, da die Wichtigkeit der Bedürfnisäußerung betont wird. Zudem sollen die Paare durch diese Neuerung weniger verleitet werden, rational auf die Konstrukte vorstossen zu wollen. Bei einigen Paaren ist es auch schwierig und nicht immer notwendig auf die zentralen Schemata zu gelangen. Viel wichtiger ist, dass der Zuhörer mitschwingt und sich emotional auf der gleichen Ebene befindet wie der Sprecher. Trotz der didaktischen Vorteile gegenüber den Paaren bleibt die Trichtermethode aber weiterhin Leitlinie für das therapeutische Handeln.

<sup>5</sup> Der Begriff „Schema“ wird mit dem Begriff „Konstrukt“ gleich gesetzt und bezieht sich auf stabile Informationsverarbeitungsmuster, die in der Ontogenese entstanden sind, und die das Erleben und Verhalten einer Person beeinflussen. Da aus Platzgründen nicht auf die einzelnen Schemaausprägungen eingegangen werden kann, muss auf einschlägige Literatur dazu verwiesen werden (siehe z.B. Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Bodenmann, 2004; Grawe, 1998).

Stresserleben besser verstanden und die anschliessende Unterstützung durch den Zuhörer in der zweiten Gesprächsphase ist näher am verletzten Bedürfnis. In dieser zweiten Phase gibt der Zuhörer in erster Linie emotionale, aber unter Umständen auch problembezogene Unterstützung. In der dritten Phase kann der Sprecher dem Zuhörer schliesslich ein Feedback darüber geben, was er als hilfreich empfunden hat, was er vermisst hat oder was er sich in einem nächsten Gespräch anders wünschen würde.

Gleich wie beim Kommunikationstraining wird das Paar auch hier von einem Therapeuten begleitet und unterstützt. Im Unterschied zum Kommunikationstraining geht es bei diesem Gespräch um einen paarexternen Stress, wobei der Zuhörer in der 2. Phase angehalten ist, wirksame und hilfreiche Unterstützung zu geben. Dies könnte er im Rahmen eines Konfliktgesprächs nicht tun, da er dort selbst als Stressauslöser involviert ist.

### **Akzeptanztraining**

Die bisher vorgestellten Interventionen bezogen sich beinahe ausschliesslich auf die Veränderung von dysfunktionalem Verhalten. Dabei können die emotionalen Reaktionen des einen Partners auf ein dysfunktionales Verhalten des anderen fast problematischer sein als das Verhalten an und für sich. Zudem zeigte sich, dass manche Paare so unterschiedliche Bedürfnisse (z.B. nach Nähe und Distanz) haben, dass Veränderungen nicht möglich sind oder dass sich ein Partner der Veränderungen widersetzt, aus welchen Gründen auch immer. Aufgrund dieser Beobachtungen schlugen Jacobson und Christensen (1998) vor, die verhaltenstherapeutischen Techniken mit Akzeptierungsarbeit zu ergänzen.

IBCT [Integrative Behavioral Cognitive Therapy; Anmerkung des Autors] focuses more on the emotional reactions of partners to the difficulties they encounter in their relationships and less on the active solutions they can take to resolve these difficulties, especially for what seem to be insoluble problems (Christensen, et al., 2004, p. 180).

Um diese emotionale Akzeptanz zu fördern, schlagen Jacobson und Christensen (1998) drei Strategien vor:

- *Förderung des empathischen Verständnisses* in Bezug auf das Problem, indem der Therapeut das Paar anleitet die Gefühle zu benennen, die hinter den emotionalen Reaktionen liegen.
- *Emotionale Loslösung vom Problem*, um eine neue Gewichtung zu ermöglichen, indem eine beschreibende, anstelle einer bewertenden Einstellung eingenommen wird.
- *Aufbau von Toleranz bezüglich des Problemverhaltens*, indem sowohl über die positiven wie auch die negativen Konsequenzen der Differenzen und der problematischen Verhaltensmuster reflektiert wird.

Für das Paar kann die Perspektive, nicht alles verändern zu müssen, sehr erleichternd sein. Wichtig ist, dass mit dem Paar eruiert wird, welche Verhaltensweisen sie verändert haben möchten und welche sie zu akzeptieren versuchen.

### **Emotionsfokussierte Interventionen bei Paaren**

Wie bereits bei den kognitiven Interventionen erwähnt, gelten Gefühle in der Verhaltenstherapie als verdecktes Verhalten und wurden als die Folgen des Verhaltens und der Kognitionen gesehen. Gefühle wurden somit zwar nicht ignoriert, hatten in der Verhaltenstherapie aber eher einen sekundären Status. Neuere Entwicklungen fokussieren stärker und direkter auf Emotionen, wobei in der Paartherapie vor allem zwei Grundprobleme festgestellt werden können: a) zu eingeschränkte Emotionen und b) zu exzessive emotionale Reaktionen (Baucom, et al., 2008).

Zu eingeschränkte Emotionen können sich unterschiedlich äussern: Manche Klienten haben grundsätzlich einen erschwerten Zugang zu fast allen Emotionen, andere haben vor allem Mühe damit, ganz spezifische Emotionen zuzulassen. Gemäss Greenberg und Safran (1987) vermeiden diese Klienten das Erleben von primären Emotionen, welche mit zentralen Bedürfnissen und Motiven verbunden sind, indem die primären Emotionen (wie Angst, Scham) durch sekundäre, weniger bedrohliche und vulnerabilisierende Emotionen überdeckt werden. Johnson (2008) und Johnson und Greenberg (1988) entwickelten mit der emotionsfokussierten Paartherapie verschiedene Interventionen, um Klienten den Zugang zu den primären Emotionen zu erleichtern. Grundlage dafür ist eine vertrauensvolle therapeutische Atmosphäre, die in einem ersten Schritt hergestellt werden muss. Anschliessend soll mit verschiedenen Interventionen versucht werden, Zugang zu den Emotionen zu erhalten und die emotionale Erfahrung zu erweitern. In einem letzten Schritt soll schliesslich die Interaktion zwischen den beiden Partnern umstrukturiert und „reframed“ werden.

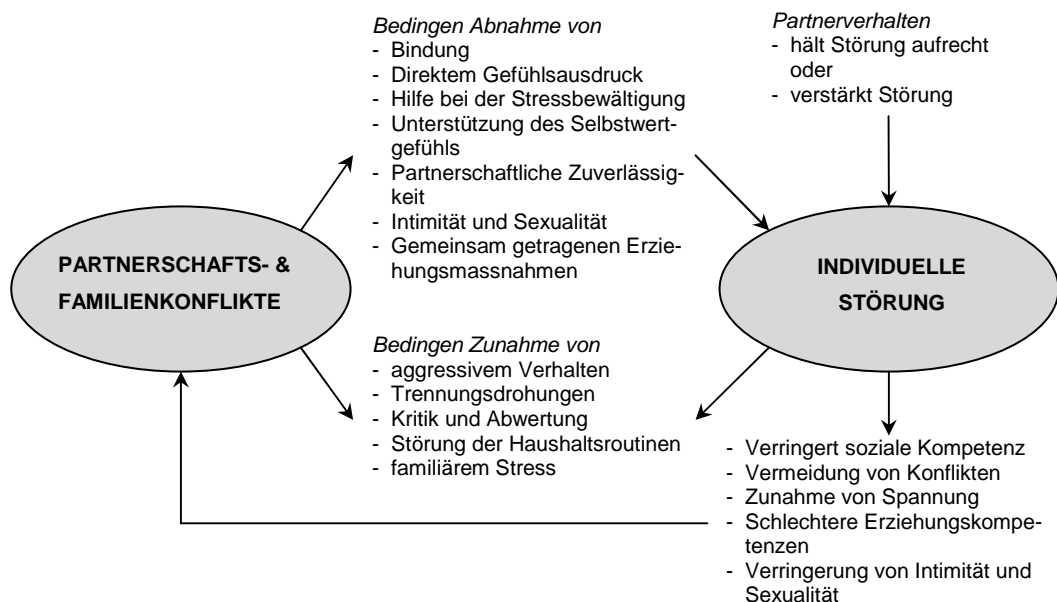
Auf der anderen Seite des Kontinuums kann es in der Paartherapie auch vorkommen, dass ein Partner Mühe mit der Emotionsregulation hat, das heisst viele negative Emotionen erlebt und diese inadäquat äussert. Gemäss Baucom et al. (2008) können hier unter anderem die oben beschriebenen Kommunikationstrainings nützlich sein. Regelmässige und fest eingeplante Gespräche beispielsweise dienen dazu, die Frequenz und das Setting einzuschränken, wann starke Emotionen ausgedrückt werden sollen. Dadurch wird verhindert, dass die starken Emotionen zu ungünstigen Zeitpunkten zum Gesprächsgegenstand werden (z.B. kurz vor dem ins-Bett-gehen oder am Morgen kurz vor dem Arbeiten gehen) und so zu Frustrationen bei beiden Partner führen.

Bei massiven Emotionsregulationsstörungen eines Partners ist es jedoch sinnvoll, individuelle Psychotherapie als Ergänzung mit einzubeziehen.

## 1.2.2 Paartherapie bei spezifischen psychischen Störungen

### 1.2.2.1 Theoretischer und empirischer Hintergrund

Paartherapie kann nicht nur für primäre Beziehungsstörungen, sondern auch für die Behandlung von individuellen psychischen Störungen eingesetzt werden. In diversen Untersuchungen zeigte sich, dass Partnerschaftsprobleme in Beziehungen, bei denen ein Partner an einer Störung leidet, üblich sind und einen relevanten Stressor für das Auftreten der psychischen Störungen darstellen (Beach & O'Leary, 1986; Halford & Osgarby, 1993; Reich & Thompson, 1985; Whisman, Sheldon, & Goering, 2000; Whisman & Uebelacker, 1999). Zudem sind die dysfunktionalen Prozesse bei diesen Paaren vergleichbar mit denen von Paaren mit einer Beziehungsstörung (zum Überblick siehe auch Halford, 1998). Um diese Ergebnisse zusammenzuführen, formulierten Epstein und Baucom (2002; siehe Abbildung 2), auf der Basis der Vulnerabilitäts-Stresstheorie, ein heuristisches Modell über den Zusammenhang von Partnerschafts-/Familienkonflikten und individueller Psychopathologie. Nach diesem Modell ist die Wirkrichtung bidirektional: Bestehen Konflikte in einer Partnerschaft, nimmt das Bindungsgefühl ab, offene Auseinandersetzungen werden eher vermieden, weniger Zärtlichkeit wird ausgetauscht und die Bereitschaft, dem Partner zu helfen, sinkt. Auf der anderen Seite führen individuelle Störungen zu einer Verminderung der sozialen Kompetenz, der Intimität und zu einer Erhöhung der Spannungen und führen so zu mehr Konflikten im partnerschaftlichen System.



**Abbildung 2.** Bidirektionale Zusammenhänge zwischen Partnerschafts-/Familienkonflikten und individueller Psychopathologie (aus Hahlweg & Baucom, 2008)

Aus diesen Gründen kann es sinnvoll sein, auch bei individuellen Störungen den Partner mit einzubeziehen. Baucom et al. (1989) unterscheiden dabei grundsätzlich drei Möglichkeiten:

- Bei partnergestützten Interventionen, fungiert der Partner als Assistent oder Co-Therapeut des Patienten, indem er dem Patient hilft, die Behandlungsstrategien im Alltag umzusetzen.
- Die störungsspezifischen Paarinterventionen konzentrieren sich vor allem auf die Paarinteraktion in störungsrelevanten Situationen.
- Falls die Beziehung und Interaktion eines Paares einen direkten Einfluss auf die psychische Störung des Patienten hat, kann eine Paartherapie auch als primäre Intervention direkt zur Behandlung dieser individuellen Störung indiziert sein.

Bisher wurden Paarintervention bei diversen Störungsbildern eingesetzt und empirisch überprüft, wobei der häufigste Einsatzbereich gemäss den Überblicksarbeiten von Baucom et al. (1998) und Sexton et al. (2004) vor allem in der Behandlung von depressiven Erkrankungen lag.

#### ***1.2.2.2 Paartherapie zur Behandlung von Depression***

Erste Ansätze, die den Zusammenhang zwischen Depression und Partnerschaft aufzeigen, gibt es bereits relativ lange. Jacobson (1954, in Coyne, 1976a) bemerkte beispielsweise, dass Depressive sich so verhalten, dass sich die ganze Umgebung schuldig fühlt und dadurch defensives und aggressives Verhalten zeigt. Diese Idee griff Coyne in seinem Artikel (Coyne, 1976b) auf und formulierte ein interaktionelles Modell zur Aufrechterhaltung der Depression. Nach diesem Modell führen stressende Ereignisse in einem ersten Schritt zu depressiven Verstimmungen. Diese versucht der Betroffene zu lindern, indem er durch Äusserungen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit emotionale Unterstützung in seinem näheren sozialen Umfeld einfordert. Diese Äusserungen, insbesondere wenn sie häufig und sehr fordernd kommen, sind für die Interaktionspartner einerseits aversiv und lösen Ärger aus, andererseits werden aber dadurch auch Schuldgefühle ausgelöst. Als Folge wird versucht, den aufkommenden Ärger zu unterdrücken, um den Partner zu trösten und zu unterstützen. Dies führt aber auf verbaler und nonverbaler Ebene zu inkonsistenten Äusserungen und verstärkt den Argwohn des Patienten, nicht wichtig zu sein und nicht geliebt zu werden. Der Patient fühlt sich noch depressiver, worauf er noch mehr depressive Signale sendet. Dadurch entsteht ein depressiver Teufelskreis, der durch die gegenseitigen Reaktionen beider Partner immer weiter verstärkt wird.

Die empirischen Nachweise für die von Coyne postulierten Zusammenhänge sind vielfältig (Beach, Dreifuss, Franklin, Kamen, & Gabriel, 2008; Beach, Fincham, & Katz, 1998; Coyne, 1976a; Joiner, Brown, & Kistner, 2006; O'Leary, Riso, & Beach, 1990). Auf der einen Seite

konnten Untersuchungen beispielsweise aufzeigen, dass zwei Drittel der Paare mit einem depressiven Partner eine niedrige Partnerschaftsqualität aufweisen (z.B. Coyne, Thompson, & Palmer, 2002). Auf der anderen Seite korreliert eine Verbesserung der Partnerschaftsqualität auch mit einem geringeren Risiko für Rückfälle und mit einer geringeren depressiven Symptomatik (Whisman, 2001). Beach et al (2008) konnten in ihrem Forschungsüberblick vier empirisch bestätigte Muster identifizieren, die depressive Paare von gesunden unterscheidet: Hohes Level an depressiven Verhalten (mehr Negativität gegenüber sich und dem Partner), weniger partnerschaftliche Kohäsion und Intimität, grössere kognitive und behaviorale Asymmetrie (z.B. mehr einseitige Unterstützung) und Defizite in Problemlösung und Kommunikation.

In den letzten 20 Jahren wurden verschiedene Paartherapierichtungen (z.B. Beach & O'Leary, 1992; Leff, et al., 2000; Weissman & Klerman, 1990) zur Behandlung von Depression entwickelt. Dabei verfolgen alle grundsätzlich zwei Ziele (Hahlweg & Baucom, 2008): Veränderung des dysfunktionalen Interaktionsmusters und Förderung einer funktionalen dyadischen Unterstützung. Die kognitiv-behaviorale Therapie gehört auch hier zur bestuntersuchtesten Therapierichtung und der Ablauf entspricht im Grossen und Ganzen dem üblichen und oben beschriebenen verhaltenstherapeutischen Vorgehen, wobei kleine Unterschiede innerhalb der verhaltenstherapeutischen Ansätze zu finden sind. Die Arbeitsgruppe beispielsweise um Beach und O'Leary (z.B. Beach & O'Leary, 1992) schlägt vor, dass es beim Aufbau der positiven Reziprozität vor allem darum geht, Stressoren im Zusammenhang mit der Depression abzubauen und sowohl gemeinsame als auch individuelle hedonistische Aktivitäten zu steigern. Beim Kommunikations- und Problemlösetraining wird besonders auf einen funktionalen Umgang des Partners mit den depressiven Symptomen des Klienten (Klagen, zurückziehen, ...) geachtet. Zum Therapieende folgt zudem noch eine Phase der Rückfallprophylaxe. Bodenmann (z.B. Bodenmann, 2009; Bodenmann, Plancherel, et al., 2008) fokussiert in seinem paartherapeutischen Ansatz zur Behandlung von depressiven Störungen vor allem darauf, die dyadische Stresskommunikation und -unterstützung zu verbessern. Die Paare lernen dabei, hilfreiche Unterstützung (z.B. Ermutigung für Aktivitäten) gegenüber depressionsfördernder Unterstützung (z.B. Übernahme von sozialen und anderen Verpflichtungen) zu unterscheiden und sich gegenseitig funktional zu unterstützen.

Diese paartherapeutischen Interventionen sind als in sich eigenständige Intervention entwickelt worden. Allerdings können gemäss Beach et al. (2008) Teile davon auch als Ergänzung einer individuellen Therapie angeboten werden. Hinzu kommt, dass Paartherapie nicht unbedingt bei allen Paaren mit einem depressiven Partner indiziert ist. Beach et al. (2008) formulieren folgende Bedingungen:

- geringes Suizidrisiko

- keine bipolaren Störung
- partnerschaftliche Probleme sind vorhanden und spielen in der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Depression eine zentrale Rolle
- keiner der beiden Partner will sich scheiden lassen
- keine Hinweise auf partnerschaftliche Gewalt

Die Paartherapie im Allgemeinen und die verhaltenstherapeutische Paartherapie im speziellen stellt somit ein umfangreiches Repertoire an Theorien und Interventionen zur (dyadischen) Behandlung von Depressionen zur Verfügung (siehe auch Kapitel 2.2.1.2).

### *1.2.2.3 Paartherapie zur Behandlung anderer Störungsbilder*

Neben der Depression wurden auch für die Behandlung anderer individueller Störungen paartherapeutische Verfahren entwickelt. Da im Rahmen dieser Arbeit nicht auf jede einzelne störungsspezifische Intervention detailliert eingegangen werden kann, soll an dieser Stelle lediglich eine Auflistung der wichtigsten Störungen erfolgen, für die es bereits erste empirische überprüfte Interventionen gibt (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2.** Überblick über die verschiedenen Störungsbilder, bei denen paartherapeutische Interventionen angewendet wurden

Störungsart	Literatur
Angststörungen	Barlow, O'Brien und Last (1984); Byrne, Carr und Clark (2004); Daiuto, Baucom, Epstein und Dutton (1998)
Borderline	Fruzzetti und Fantozzi (2008)
Chronische Krankheit	Baucom, et al. (2009); Martire, Schulz, Keefe, Rudy und Starz (2007)
Essstörungen	Foster (1986)
PTSD	Monson, Stevens und Schnur (2004)
Schizophrenie	Hahlweg, et al. (2006); Smerud und Rosenfarb (2008)
Schmerzstörungen	Keefe, Porter und Labban (2006)
Sexualstörungen	McCarthy und Thestrup (2008)
Suchtproblematik (Alkohol und Drogen):	Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, Cordova und Kelley (2005); McCrady, Epstein, Cook, Jensen und Hildebrandt (2009); Powers, Vedel und Emmelkamp (2008)

### 1.2.3 Präventive Interventionen bei Paaren

#### 1.2.3.1 *Geschichte von Präventionsprogrammen bei Paaren*

Obschon erste Ansätze von Präventionsprogrammen für Paare bereits in den 30er Jahren entwickelt worden sind (z.B. Mudd, Freeman, & Rose, 1941; Rutledge, 1968), nahm die Bedeutung präventiver Paarinterventionen erst in den letzten drei Jahrzehnten zu (z.B. Guerney, 1977; Markman, Floyd, & Dickson-Markman, 1982). Gründe dafür sind neben der oben bereits erwähnten sehr hohen Scheidungsrate auch Ergebnisse aus Studien, die zeigten, dass 80-90% aller geschiedenen Paare nie eine Paartherapie in Anspruch nehmen (Johnson, 2002; Markman & Halford, 2005). Diejenigen, welche dies dennoch tun, gehen allerdings so spät in Paartherapie, dass die Wirksamkeit reduziert ist und lediglich 50% der Paare eine Besserung erfahren (Christensen, et al., 1995; Shadish & Baldwin, 2005). Die Erkenntnis, dass Paartherapie für viele Paare zu spät kommt, beflügelte die Entwicklung und Evaluierung solcher präventiver Programme (siehe zum Überblick Heinrichs, Bodenmann, & Hahlweg, 2008).

#### 1.2.3.2 *Allgemeine Inhalte von Präventionsprogrammen bei Paaren*

Das Ziel von Prävention bei Paaren ist es, Störungen oder Auswirkungen von Störungen für die Partnerschaft, die Familie und das einzelne Individuum vorzubeugen. Dabei können unterschiedliche Formen von Prävention unterschieden werden: Während spezifische Präventionsangebote das Auftreten spezifischer Störungen oder die Auswirkungen von schwierigen Bedingungen zu reduzieren versuchen (z.B. Programme für Paare, bei denen ein Partner an einer chronischen Krankheit leidet; Seite an Seite von Zimmermann, Heinrichs, & Scott, 2006), dienen allgemeine oder universelle Interventionen dazu, das allgemeine Störungsrisiko durch die Verbesserung der relevanten partnerschaftlichen Variablen zu verringern. Im Folgenden werden aus Platzgründen vor allem die universellen Präventionsprogramme vorgestellt.

Typische Präventionsprogramme sind halbstrukturiert und werden entweder direkt an einem Wochenende oder in kürzeren aufeinander folgenden Treffen dargeboten. Sie bestehen meistens aus einer Kombination von kurzen theoretischen Einführungen, Paarübungen und Gruppen- oder Paardiskussionen (siehe auch Christensen & Heavey, 1999). Das Ziel solcher Trainings ist es, durch gezielte Förderung relevanter Kompetenzen Nähe und Intimität herzustellen und zu fördern, welche ihrerseits die Grundlage für den Erhalt oder die Reaktivierung der Liebe sind. Ansatzpunkt der Intervention ist also nicht die Liebe selbst, sondern die Bedingungen, auf deren Grundlagen die Liebe gedeihen kann.

Die meisten empirisch fundierten und evaluierten Präventionsprogramme betrachten ähnliche Kompetenzen als förderungswürdig, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten:



- Kommunikationsfertigkeiten: Da das Zusammenwirken des Paares durch Prozesse der Kommunikation gesteuert wird, ist das Training der Kommunikationsfertigkeiten der zentrale Bestandteil nahezu aller präventiven Paarinterventionen. Hierbei wird versucht, mittels spezifischer Kommunikationsregeln (Sprecher- und Zuhörerregeln) die dysfunktionalen Interaktionsmuster zu durchbrechen und so die partnerschaftliche Kommunikation zu verbessern.
- Problemlösung: In Ergänzung zum Kommunikationstraining werden - v.a. in lerntheoretisch orientierten Präventionsprogrammen - effektive Strategien zur Problemlösung trainiert. Dies erfolgt meist mittels eines mehrstufigen Problemlöseschemas, welches die Analyse des Problems, ein Brainstorming bezüglich Lösungsmöglichkeiten, die anschließende Bewertung der Lösungsmöglichkeiten und deren konkrete Umsetzung und Evaluation umfasst.
- Erwartungen: Diese Interventionen setzen bei unausgesprochenen, unrealistischen oder überhöhten Erwartungen an die Partnerschaft und den Partner an und versuchen, die Paare für angemessene, erfüllbare Erwartungen zu sensibilisieren.
- Stressverarbeitung: Vor dem Hintergrund von Erkenntnissen der Stress- und Bewältigungsforschung bei Paaren kann auch die individuelle und dyadische Stressverarbeitung mit einbezogen werden. Um die gemeinsame Belastungsbewältigung zu optimieren, wird mit den Paaren erarbeitet, wie sie Stress besser erkennen, kommunizieren und wie sie ihren Partner wirksam unterstützen können (Bodenmann, 2004).

Ein Vergleich mit den oben bereits ausführlich beschriebenen paartherapeutischen Interventionsstrategien zeigt, dass die Unterscheidung zwischen Prävention und Therapie nicht trennscharf, sondern fließend ist, da die Interventionen und die dahinterliegend vermuteten Wirkmechanismen sehr ähnlich bis gleich sind. Unterschiede können in folgenden Bereichen ausgemacht werden:

- Inhalt: Der Fokus von präventiven Interventionen liegt im Gegensatz zur Paartherapie mehr auf der Informationsvermittlung. Dabei geht es in erster Linie darum, ein Problembewusstsein zu schaffen und den Paaren Werkzeuge mitzugeben, die sie zu Hause selber anwenden können.
- Intensität: Die Interventionen werden in der Regel kürzer und weniger oft durchgeführt. Während das Kommunikationstraining beispielsweise in einer Therapie 5-10 Sitzungen in Anspruch nehmen kann, wird in den Präventionsprogrammen lediglich 2-3 Stunden darauf verwendet.
- Struktur: Präventionstrainings sind halb-bis ganz strukturiert.
- Form: Präventionstrainings sind oftmals in Form von Gruppenkurse konzipiert, die an einem Wochenende dargeboten werden.

- **Betreuungsverhältnis:** Durch die Form als Gruppenkurs ist die Betreuung durch Psychotherapeuten weniger intensiv. Im besten Fall steht in Präventionskursen ein Psychotherapeut/Trainer zwei Paaren zur Verfügung.

### ***1.2.3.3 Präventionsprogramme für Paare im deutschen Sprachraum***

Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige Präventionsprogramme für Paare die theoretisch fundiert sind und ihre Wirksamkeit wissenschaftlich nachweisen konnten. Programme wie das EPL (Ein Partnerschaftliches Lernprogramm; Thurmaier, Engl, Eckert, & Hahlweg, 1992) und Paarlife (früher Freiburger Stresspräventionstraining für Paare, Bodenmann, 2000) bilden dabei die Ausnahme.

#### **EPL - Ein Partnerschaftliches Lernprogramm**

Das EPL ist inhaltlich an das Premarital Relationship Enhancement Program (PREP) von Markman (Markman, Floyd, Stanley, & Storaasli, 1988) angelehnt. Zielgruppe sind vor allem jüngere Paare, die heiraten wollen resp. nicht länger als zwei Jahre verheiratet sind. Es wird aktuell vor allem im Rahmen der kirchlichen Ehevorbereitung angeboten (stärker im Rahmen der katholischen Kirche, jedoch auch in der reformierten Kirche). Seit seiner Einführung hat das EPL eine grosse Verbreitung insbesondere in Deutschland erfahren, wo mittlerweile mehr als 1.400 ausgebildete Trainer regelmässig EPL-Kurse für interessierte Paare anbieten. Als Ergänzung zum EPL wurde das KEK (Konstruktive Ehe und Kommunikation) und das EPL II für Paare in einer mehrjährigen Beziehung oder für Paare mit bereits sich anbahnenden Beziehungsproblemen entwickelt. Das EPL umfasst insgesamt sechs Module: (1) Kommunikationsregeln, (2) Äussern negativer Gefühle, (3) Problemlöseschema, (4) Erwartungen an die Partnerschaft, (5) Partnerschaft und Sexualität und (6) Freie Themenwahl.

#### **Paarlife – Das Stresspräventionstraining für Paare**

Paarlife wurde vor über 15 Jahren, damals noch unter dem Namen Freiburger Stresspräventionstraining für Paare (FSPT) von Bodenmann (2000a) entwickelt und basiert wie das EPL ebenfalls auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Hintergrund. Zusätzlich bezieht Paarlife Erkenntnisse aus der Stress- und Copingforschung bei Paaren und davon abgeleitete neuere Interventionstechniken mit ein (Bodenmann, 2004). Es wird im Rahmen der Ehevorbereitung (im Sinne der universellen Prävention) ebenso wie für Paare in längeren Partnerschaften (im Sinne der indizierten Prävention) oder für Paare mit bestimmten Belastungsprofilen (Ärztepaare, Managerpaare etc., im Sinne der selektiven Prävention) angewendet.

Das Training dauert 16 h, in denen folgende Inhalte angeboten werden: (1) Einführung ins Thema Stress, (2) Verbesserung des dyadischen Copings, (3) Kommunikationstraining, (4) Fairness und Gerechtigkeit in Partnerschaften und (5) Problemlösetraining. Zu jedem Thema

erfolgt jeweils (a) eine kurze theoretische Einführung mit Bezugnahme auf den aktuellen Forschungsstand, (b) eine Sensibilisierung für relevante Aspekte anhand von Modellpaaren (Videobeispiele), (c) eigene diagnostische Abklärungen, (d) das konkrete Einüben der angestrebten Kompetenzen in Übungen oder Rollenspielen sowie (e) eine Evaluation im Plenum.

#### ***1.2.3.4 Neuere Entwicklungen***

Obwohl mittlerweile eine ganze Reihe von wirksamen Interventionsprogrammen entwickelt worden sind (zum Überblick Jakubowski, Milne, Brunner, & Miller, 2004), nehmen nur relativ wenige Paare an solchen teil. Die Gründe, warum viele Paare diese Angebote nicht beanspruchen, sind vielfältig: Viele Paare verdrängen ihre Probleme oder haben Hemmungen, die klassischen face-to-face-Angebote in Anspruch zu nehmen, da sie befürchten, ihre Probleme „öffentlich“ zu machen. Zudem sind solche Angebote in der Regel mit einem erheblichen zeitlichen, organisatorischen und finanziellen Aufwand verbunden (Halford, et al., 2007). Um diese Hemmschwellen zu senken wurden in den letzten Jahren im deutsch- und englischsprachigen Raum vermehrt e-learning Programme entwickelt, welche die bewährten Inhalte neu aufbereitet haben (Bodenmann, Schaer, & Gmelch, 2008; Wilson & Halford, 2008). Erste Untersuchungen (Halford, et al., 2007; Schaer & Bodenmann, 2009) zeigen, dass mit diesen Zugängen die Hemmschwelle gesenkt werden kann, die Zufriedenheit mit diesen Programmen gross ist und dass die Paare zumindest in gewissen Bereichen (z.B. Steigerung des Problembewusstseins, Kommunikationskompetenzen) davon profitieren. Zukünftige Forschung muss sich jedoch noch vermehrt den Vor- und Nachteilen dieser neuen Medien gegenüber den traditionellen face-to-face-Kontakten widmen.

### 1.3 Psychotherapieforschung: Das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky et al. (2004)

Die Psychotherapieforschung beschäftigt sich mit der Wirksamkeit und Wirkungsweise von psychotherapeutischen Interventionen<sup>6</sup> und dreht sich somit um die Frage, welche Faktoren zu einer positiven Veränderung beim Klienten führen (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004). Die Beantwortung dieser Frage ist allerdings hochgradig komplex und die Ergebnisse der letzten 60 Jahre Psychotherapieforschung sind mittlerweile unübersichtlich. Um die einzelnen Einflussvariablen der Psychotherapieforschung einzuordnen und zu sortieren entwickelten Orlinsky und Howard (1987) vor über 20 Jahren ein „Generic Model of Psychotherapy“, wobei dieses Modell laufend ergänzt und weiterentwickelt wurde (Orlinsky, et al., 2004) (siehe Abbildung 3). In diesem Modell wird zwischen „input“- , „process“- und „output“-Studien unterschieden<sup>7</sup>.

Bei „input“- Studien liegt der Fokus auf den Variablen, die zu Beginn der Intervention gemessen werden und einen Einfluss auf den therapeutischen Prozess haben. Diese „input“- Variablen können sowohl beim Patienten, als auch beim Therapeuten oder im sozialen und gesellschaftlichen System liegen.

Die Unterscheidung zwischen „process“ und „output“ hingegen ist komplizierter, da auch „output“ Variablen einen Prozess abbilden können (z.B. Verlauf über mehrere Messzeitpunkte nach der Therapie) und „process“-Variablen eine Form von „output“ sind. Hill und Lambert (2004) unterscheiden die beiden Begriffe folgendermassen:

„Process refers to what happens in psychotherapy sessions (e.g., the therapist providing interpretations), whereas outcome refers to immediate or long-term changes that occur as a result of therapy (e.g., the client decreasing in symptomatology). The distinction between process and outcome is not always clear cut, however, because changes in process can also be indicators of outcome. (Hill & Lambert, 2004, p84)

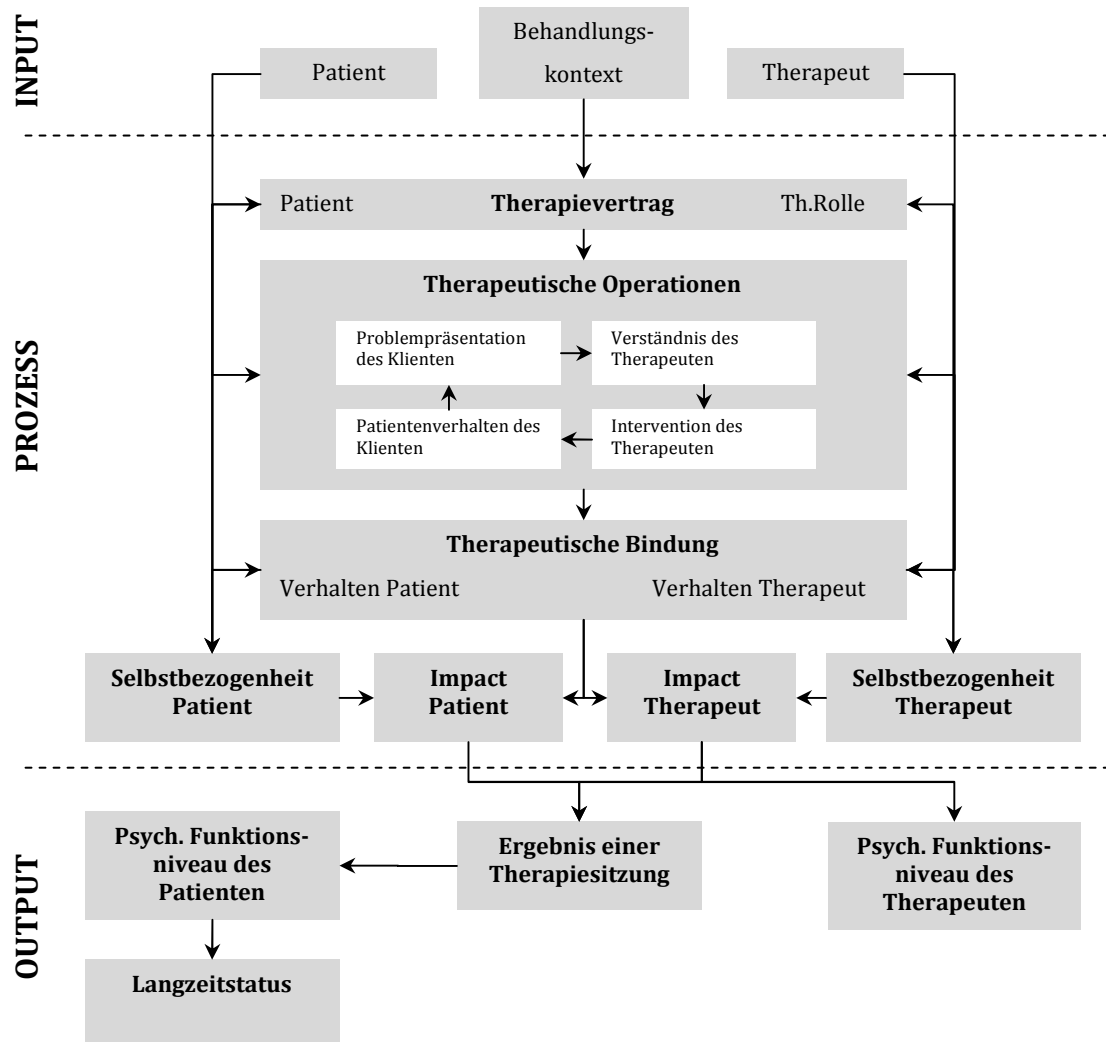
Das heisst also, „process“-Studien untersuchen die einzelnen Charakteristika innerhalb einer Sitzung und wie diese untereinander in Verbindung stehen. „output“-Studien hingegen konzentrieren sich auf die Variablen, die durch den therapeutischen Prozess verursacht werden, typischerweise die Symptomveränderung zur Postmessung oder zum Follow-up.

---

<sup>6</sup> Unter psychotherapeutischen Interventionen werden in dieser Arbeit sowohl therapeutische, als auch präventive Interventionen verstanden.

<sup>7</sup> Sexton, et al. (2004) machen eine ähnliche Unterscheidung, indem sie Prozessstudien unterteilen in Untersuchungen zu Moderatoren (Prädiktoren; resp. Inputvariablen) und zu Mediatoren (Mechanismen; Prozessvariablen).

Auf diese drei Faktoren „input“, „process“ und „output“ in Bezug auf Interventionen bei Paaren wird in den folgenden Kapiteln (Kapitel 2-4) nun detailliert eingegangen.



**Abbildung 3.** Vereinfachte Darstellung des „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 2004)



# 2 Outputforschung

## 2.1 Was ist Outputforschung?

For the sake of clarity, we proposed the term output to designate the whole spectrum of changes that may arise as a result of psychotherapy, whether in patients, therapists, their families and associates, or the organizations, institutions, and value pattern of their social milieu (Orlinsky, et al., 2004, p. 316)

Die moderne Outputforschung<sup>8</sup> umfasst, wie das Zitat von oben zeigt, eine ganze Reihe von unterschiedlichsten Veränderungen im Rahmen einer Intervention und zwar sowohl auf den Klienten, als auch auf den Therapeuten und sogar auf das soziale System. Zu Beginn der Psychotherapieforschung musste jedoch zuerst einmal der Nachweis erbracht werden, dass Psychotherapie überhaupt wirkt (siehe auch Grawe, 1992, 1997). Gemäss Bergin (1971) gehen erste Bemühungen dieser Wirksamkeits- oder Outcomeforschung bereits bis in die 1920er Jahre zurück. Die provokante Publikation von H.J. Eysenck (1952), bei der Eysenck der damaligen Psychotherapie jegliche Wirksamkeit jenseits der Spontanremission absprach, bewirkte die Entwicklung von modernen Wirksamkeitsforschungsdesigns. Diese werden im nachfolgenden Kapitel vorgestellt (Kapitel 2.1.1). Neben der reinen Wirksamkeit gibt es im Rahmen der Outputforschung auch noch weitere wichtige Beurteilungskriterien, z.B. die Praxisbewährung und die Effizienz therapeutischer Interventionen. Diese sind Bestandteil der darauffolgenden Kapitel (Kapitel 2.1.2 und Kapitel 2.1.3).

---

<sup>8</sup> Der Unterschied zwischen Output und Outcomeforschung ist gemäss Orlinsky et al. (2004) wie folgt: Outcomeforschung beinhaltet in der traditionellen Bedeutung den Therapieeffekt auf den Patienten. Outputforschung dagegen umfasst die Effekte der Interaktion zwischen Patient und Therapeut auf den gesamten Kontext (Patient, Therapeut und soziales Umfeld).

### 2.1.1 Wirksamkeit

Die heutige „gold standard“ Methode moderner Wirksamkeitsforschung psychologischer Interventionen ist die RCT (randomized control trial; siehe Timulak, 2008). Die Grundidee dahinter ist, dass auf der Basis einer randomisiert zugeteilten Kontrollgruppe die Veränderungen zwischen mehreren Messzeitpunkten (mindestens prä – post) in der abhängigen Variable (z.B. Status des Klienten) auf die unabhängige Variable (die Interventionsform) zurückzuführen ist. Durch die zufällige Zuweisung der Klienten zu den jeweiligen Versuchsbedingungen oder Gruppen, werden potentiell interferierende und konfundierende Variablen gleichmässig auf die Gruppen verteilt. Dadurch sollten sich Experimental- und Kontrollgruppe in keinen anderen Variablen ausser der Intervention, oder Teilen der Intervention unterscheiden. Änderungen nach der Therapie können somit auf die „active ingredients“ der jeweiligen Interventionen zurückgeführt werden. Eine grosse forschungstechnische und ethische Frage ist allerdings, wie die Kontrollgruppen gebildet werden. Dabei gibt es folgende Möglichkeiten (Reinecker, 2009):

#### **Kontrollgruppe als unbehandelte Gruppe (z.B. Wartekontrollgruppe).**

Bei dieser Form von Kontrollgruppenbildung erhält nur ein Teil der Klienten eine Intervention, während die anderen vorerst unbehandelt bleiben und erst nach Abschluss der Studie die Möglichkeit einer Behandlung erhalten. Die ethischen Probleme dieses Verfahrens, gerade bei Patienten, die stark leiden, sind offensichtlich. Zudem ist es bei grossem Leidensdruck unwahrscheinlich, dass sich die Klienten nicht anderweitig Hilfe suchen. Grawe (1992) kommt zum Schluss, dass auf dieses Design inzwischen vollständig verzichtet werden kann, weil für die meisten Anwendungsbereiche Erfahrungswerte bekannt sind, die angeben mit welcher Effektgrösse man bei einer wirksamen Therapie rechnen kann.

#### **Kontrollgruppe mit unspezifischer Behandlung (z.B. Placebokontrollgruppe).**

Diese Kontrollgruppe hat ihren Ursprung in der pharmakologischen Forschung und ist für die Psychotherapieforschung lediglich von eingeschränkter Bedeutung. Hierbei wird die Wirkung eines spezifischen Wirkfaktors (z.B. Tablette mit potentielltem Wirkstoff) gegenüber eines unspezifischen Wirkfaktors (z.B. Tablette ohne Wirkstoff) in einer Doppelblindstrategie (weder der Patient noch der Therapeut/Arzt wissen, welche Tablette den Wirkstoff enthält) getestet. Allerdings sind die spezifischen und unspezifischen Wirkungsweisen in der Psychotherapie nicht so einfach zu trennen, da beide über die therapeutische Interaktion und Beziehung wirken (zum Überblick siehe auch Reinecker, 2009; Timulak, 2008).



**Kontrollgruppe mit alternativen Behandlungen (z.B. „treatment as usual“)**

Hier wird die Experimentalgruppe mit einem Verfahren verglichen, das in früheren Studien seine Wirksamkeit bereits nachweisen konnte<sup>9</sup>. Diese Methode löst die reine Wirksamkeitsforschung ab und ersetzt sie durch Therapievergleichsstudien. Somit wird nicht mehr gefragt, ob eine Intervention wirkt, sondern welche Intervention besser wirkt. Auch bei dieser Art von Kontrollgruppenbildung gibt es einige ernstzunehmende Einschränkungen. Gerade zu Beginn der vergleichenden Wirksamkeitsforschung in den 70er Jahren ist es oftmals nicht gelungen, Unterschiede zwischen den einzelnen Therapieformen nachzuweisen. Luborsky, Singer und Luborsky (1975) drückten dies mit dem „Dodo-Verdikt“ aus „Alice in Wonderland“ wie folgt aus: „Everyone has won and all must have prizes“. Kazdin (1986) konnte jedoch aufzeigen, dass die fehlenden statistischen Unterschiede vor allem auf eine zu geringe Power (Cohen, 1962) zurückzuführen sind. Da zwischen den Interventionsgruppen mit kleineren Unterschieden in den abhängigen Variablen zu rechnen ist als im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe, müssten die Stichproben viel grösser sein, um vorliegende Unterschiede statistisch abzusichern. Unter Berücksichtigung dieses Einwandes konnten darauf folgende Studien zwar Unterschiede in den einzelnen Interventionsmethoden finden, allerdings kristallisierte sich ein neues Problem heraus: Die vergleichende Therapieforschung wurde oftmals von Therapeuten und Forschern durchgeführt, die nicht an das Potential dieser Kontrastmethode glaubten (siehe z.B. Beck, Sokol, Clark, & Berchick, 1992). Dies führte dazu, dass von Wampold (2001) das „Bona fide“ Prinzip ausgearbeitet wurde: Das Treatment soll von Personen geplant und durchgeführt werden, die an die therapeutischen Effekte der zu untersuchten Methoden glauben. Wampold et al. (2002) kamen aufgrund ihrer Metaanalyse, bei der sie bona fide mit non-bona fide Studien vergleichen, zu folgendem Schluss:

These results support the conclusion that all bona fide psychological treatments for depression are equally efficacious (Wampold, et al., 2002, p. 159).

**Dismantelungsstrategie**

Eine weitere Strategie eine Kontrollgruppe zu bilden ist, wenn verschiedene Variationen des gleichen therapeutischen Inputs miteinander verglichen werden, z.B. mit und ohne Ressourcenaktivierung (Haaga & Stiles, 2000). Das Ziel dabei ist es, die „active ingredients“ herauszuschälen und zu untersuchen, welche Mischung verschiedener Interventionskomponenten ideal ist.

---

<sup>9</sup> In Einzelfällen kann es sein, dass auch die alternative Behandlungsstrategie (sprich Kontrollgruppe) ihre Wirksamkeit noch nicht nachgewiesen hat, z.B. in Kontrollgruppen mit dem üblichen Hausarztkontakt oder Biblio-Kontrollgruppen.

### 2.1.2 Praxisbewährung

Obwohl die oben dargestellten RCT aus der modernen Wirksamkeitsforschung nicht mehr wegzudenken sind, haben diese Studien gewisse Nachteile und sind deshalb nicht ganz unumstritten, da die Studien jeweils unter streng kontrollierten Bedingungen (Therapiedurchführung nach Manual; Vorselektion, um Komorbiditäten auszuschliessen) durchgeführt werden. Dies ermöglicht zwar auf der einen Seite eine hohe interne Validität, allerdings entspricht dies nicht der therapeutischen Tätigkeit in der Praxis. Das heisst, die externe Validität ist in Frage gestellt (z.B. Pinsof & Wynne, 2000). In einem aufsehen erregenden Artikel hinterfragte Seligman (1995) die Vormachtsstellung dieser RCT und forderte unter dem Stichwort der „effectiveness“, dass auch die Praxisbewährung als zusätzliche Form der Wirksamkeitsüberprüfung in Untersuchungen einbezogen wird.

I came to see that deciding whether one treatment, under highly controlled conditions, works better than another treatment or a control group is a different question from deciding what works in the field (...). I no longer believe that efficacy studies are the only, or even the best way of study of finding out what treatments actually work in the field (Seligman, 1995, p. 699).

Die von Seligman geäusserten Zweifel wurden durch Untersuchungen beispielsweise von Hansen, Lambert und Forman (2002) bestätigt. Sie konnten zeigen, dass a) die Therapiedauer in den klinischen Studien viel länger ist als in der klinischen Praxis und dass b) die Patienten in der klinischen Praxis weit weniger von Therapie profitieren als in den Studien. Um diese Praxisbewährung, resp. die externe Validität vermehrt zu berücksichtigen, wurden eine Reihe von Möglichkeiten vorgeschlagen (siehe zum Überblick Lambert & Ogles, 2004). Mit der klinischen Repräsentativitätsskala von Shadish, Navarro, Matt, und Phillips (2000) können beispielsweise Untersuchungen anhand verschiedener Kriterien auf ihre klinische Repräsentativität überprüft werden (z.B. Ausbildung der Therapeuten, Problemheterogenität, therapeutische Freiheit, flexible Sitzungsanzahl, usw.). Auf der anderen Seite fordern Howard, Moras, Brill, Martinovich und Lutz (1996) mit ihrer „patient-oriented research“ vermehrt klinische Studien unter naturalistischeren Bedingungen (z.B. die Untersuchung von Klienten in der klinischen Praxis).

Lange Zeit dominierte die Idee, dass interne und externe Validität die gegenüberliegenden Enden einer eindimensionalen Skala ist. Das bedeutet, entweder kann man sich auf die interne Validität konzentrieren und verliert dabei die externe aus dem Blick oder umgekehrt. Christensen, Baucom, Thuy-Anh Vu und Stanton (2005) sehen interne und externe Validität jedoch vielmehr als zwei unabhängige Dimensionen und schlagen in ihrem Artikel verschiedene Möglichkeiten vor, um die Schwierigkeiten der internen und externen Validität in den

Griff zu bekommen. Um dem Problem der praxisfernen Randomisierung beispielsweise gerecht zu werden, schlagen sie vor, dass Klienten bei Interesse (resp. bei starker Abneigung gegenüber einer Therapie) die Therapierichtung selber auswählen können. Ein anderes Problem ist, dass Klienten in Studien aufgrund strenger Kriterien vorselektioniert werden und ihnen anschliessend eine vordefinierte Intervention angeboten wird. In der klinischen Praxis ist eine Vorselektion jedoch nicht möglich, das heisst, Therapeuten sind im täglichen Leben oftmals mit einer anderen Patientenpopulation konfrontiert. Als Lösung schlagen Christensen et al. (2005) vor, die Ein- und Ausschlusskriterien nicht zu eng zu definieren, was allerdings auf der anderen Seite ein flexibles Therapiemanual verlangt, um auf die Unterschiede der Klienten adäquat eingehen zu können.

### 2.1.3 Effizienz

Eine weiteres wichtiges Evaluierungskriterium ist die Effizienz einer Intervention (Baumann & Reinecker-Hecht, 2005). Bei der Frage nach der Effizienz wird nicht nur gefragt, ob ein gewisses Ziel erreicht worden ist (=Wirksamkeit, Effektivität), sondern auch, mit welchen Kosten, resp. mit welchem Aufwand dies geschehen ist. Dabei kann zwischen zwei unterschiedlichen Effizienzanalysen unterschieden werden:

- Kosten-Effektivitäts-Analysen machen Aussagen darüber, wie hoch die monetären Kosten sind, um gewisse Therapieziele zu erreichen. Hier geht es also um die Frage, mit welchen Kosten eine gewisse Wirksamkeit erzielt werden kann.
- Kosten-Nutzen-Analysen untersuchen das monetäre Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen einer Therapie. Das heisst, es wird gefragt, wie viel Geld eine Intervention dem Staat, dem Steuerzahler, den Versicherungen, usw. kosten würde und wie hoch die Einsparungen wären, wenn das Therapieziel erreicht werden kann. Eine gute Effizienz besteht, wenn das Kosten/Nutzen-Verhältnis kleiner als eins ist.

Es liegt auf der Hand, dass nicht jeder Nutzen monetär aufrechenbar ist. Aus diesem Grund sind Kosten-Nutzen-Analysen ethisch gesehen nicht unproblematisch, insbesondere wenn sie nicht zum erwünschten Verhältnis führen.

## 2.2 Outputforschung zum Thema Partnerschaft

Studien mit dem RCT-Design sind in der Wirksamkeitsforschung von paartherapeutischen und –präventiven Angebote zum Standard geworden. In den letzten 30 Jahren konnten einerseits unzählige Wirksamkeitsstudien belegen, dass Paartherapien und auch Präventionsprogramme für Paare die Partnerschaftszufriedenheit nachhaltig verbessern können. Andererseits zeigte aber auch die Übersicht von Grawe, Donati und Bernauer (1994) und Baucom, Epstein und Gordon (2000), dass viele Ehe- und Beratungsangebote empirisch oftmals nicht gut oder gar nicht abgesichert sind.

Das folgende Kapitel bietet einen Literaturüberblick zu Outputstudien bei Partnerschaftsinterventionen. Der Aufbau des Kapitels ist vergleichbar mit dem von Kapitel 5.1: Zuerst werden die Wirksamkeitsstudien zu paartherapeutischen Interventionen bei primären Partnerschaftsstörungen und dann für Paartherapien bei spezifischen individuellen Störungen (im speziellen für Depressionen) und schliesslich für präventive Paarinterventionen vorgestellt. Anschliessend folgen Untersuchungen zur Praxisbewährung und zur Effizienz paarbezogener Interventionen.

### 2.2.1 Wirksamkeit von Paarinterventionen

#### 2.2.1.1 *Paartherapie bei primären Partnerschaftsstörungen*

Shadish und Baldwin (2003) fassen in ihrer Meta-Metaanalyse sechs frühere Metanalysen zusammen, welche die Wirksamkeit von unterschiedlichen paartherapeutischen Ansätzen gegenüber einer unbehandelten Kontrollgruppe untersuchten, wobei es sich bei diesen sechs Metanalysen um vier veröffentlichte Studien und um zwei unveröffentlichte Doktorarbeiten handelte. Insgesamt fanden sie eine Effektgrösse von  $d = 0.84$  (Range 0.50 – 1.30), wobei diese Effektgrössen vergleichbar oder sogar noch grösser sind, als die Effektgrössen, die in Studien zu individuellen oder pharmakologischen Therapien gefunden worden sind.

In einer neueren Metaanalyse wiederum von Shadish und Baldwin (2005) wurde die Wirksamkeit von rein kognitiv-verhaltenstherapeutischen Paartherapien untersucht<sup>10</sup>. In dieser Untersuchung wurden 30 veröffentlichte und unveröffentlichte Wirksamkeitsstudien mit Follow-up-Erhebungen einbezogen. Erstaunlicherweise war die Effektgrösse für kognitiv-verhaltenstherapeutischen Paartherapien mit  $d = 0.59$  deutlich tiefer als die vorher berichtete Effektgrösse für Paartherapie über verschiedene Ansätze hinweg ( $d = 0.84$ ; Shadish & Baldwin, 2003). Erstaunlich ist dies vor allem deshalb, da in früheren Metaanalysen die KVPT

---

<sup>10</sup> Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Paartherapie (KVPT) wurde aufgrund der umfassenden Datenlagen in die Liste der „empirically supported therapies“ der APA aufgenommen (Baucom, et al., 1998).

grössere Effekte als die anderen Paartherapieformen zeigten (z.B. Hahlweg & Markman, 1988; Shadish & Baldwin, 2005; Shadish, et al., 1993). Die Gründe für diese tieferen Effektstärken könnten darin liegen, dass in den früheren Studien unpublizierte Metaanalysen und Doktorarbeiten nicht mit einbezogen wurden. Zudem liessen sich die grossen Effekte der früheren Metaanalysen vor allem auf vier Studien mit Ausreissern zurückführen. Shadish und Baldwin (2005) kommen am Ende ihrer Metaanalyse zu folgendem Schluss:

The present review suggest the effects of BMT (behavioral marital therapy) about the same as those reported for other forms of marital therapy (Shadish & Baldwin, 2005, p. 10).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Paartherapie eine wirksame Intervention ist und eine vergleichbare Wirksamkeit wie individual- oder pharmakotherapeutische Interventionen hat. Trotz dieser positiven Ergebnisse und der relativ hohen Effektgrössen zeigt sich über verschiedene Metaanalysen und qualitative Reviews hinweg allerdings auch ein anderes stabiles Phänomen (Sexton, et al., 2004; Shadish, et al., 1993): Nur bei der Hälfte aller Paare zeigen beide Partner signifikante Veränderung in der Partnerschaftszufriedenheit.

We can say with confidence that fewer than half of couples treated in therapy will move from distressed to non distressed status (Christensen & Heavey, 1999, p. 169).

Dieser weniger erfreuliche Befund zeigt, dass weitere Anstrengungen unternommen werden müssen um Paartherapien kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern.

### ***2.2.1.2 Paartherapie bei spezifischen Störungen: Depression***

Die Wirksamkeit von Paartherapie bei Depressiven konnte bis jetzt in mehreren Studien belegt werden (zur Übersicht siehe auch Beach, et al., 2008). Eine neuere Metaanalyse von Barbato und D'Avanzo (2008) fand 14 Untersuchungen zu diesem Thema, wobei sechs Studien aus diversen Gründen (z.B. gleiche Studie in mehreren Artikeln) aus der Metaanalyse ausgeschlossen wurden. Die Paartherapie zeigte signifikante Verbesserungen gegenüber einer Wartekontrollgruppe, allerdings unterschieden sich die Paartherapien in der Wirksamkeit nicht von den Individualtherapien und zwar sowohl in Bezug auf die depressive Symptomatik als auch auf die Partnerschaftszufriedenheit oder auf die Drop-out-Rate (Barbato & D'Avanzo, 2008). Lediglich in Kontrast zu einer Pharmakotherapie konnte eine geringere Drop-out-Rate für die psychologischen Interventionen gefunden werden (Leff, et al., 2000).

Eine aktuelle Studie von Bodenmann et al. (Bodenmann, Plancherel, et al., 2008), die nicht mehr in die Metaanalyse integriert wurde, verglich eine rein paartherapeutische Intervention gegenüber zwei etablierten Therapien (kognitiv-behaviorale Individualtherapie und interpersonelle Therapie). Die Ergebnisse korrespondieren mit den Erkenntnissen aus der Metaa-

nalyse. Auch hier konnte der paartherapeutische Zugang einerseits die Depressionssymptome signifikant reduzieren und andererseits die Partnerschaftszufriedenheit und das dyadische Coping steigern, allerdings unterschieden sich die drei Therapieformen nicht voneinander. Lediglich in den „Expressed Emotion“ konnten positive Unterschiede für die Paartherapie gegenüber den anderen Therapieformen festgestellt werden.

Beach et al. (2008) kommen am Ende ihrer Literaturübersicht zur Wirksamkeit von Paartherapie bei Depressionen zu folgendem Schluss:

Because we suspect that enhancement of relationship quality and interruption of vicious cycles maintain depression are key to any successful approach to marital therapy for depression, it follows that any efficacious marital therapy approach has the potential to be efficacious in the treatment of depression as well (Beach, et al., 2008, p. 548).

Insgesamt zeigte sich also, dass die paartherapeutischen Interventionen wirksame Interventionen zur Behandlung von Depressionen sind, allerdings ist das Wissen über die dahinterliegenden Wirk- und Veränderungsmechanismen zur Zeit noch ziemlich begrenzt und weitere Untersuchungen dazu sind notwendig.

### *2.2.1.3 Präventive Interventionen bei Paaren*

In den letzten 35 Jahren haben mehr als 100 Studien die Wirksamkeit von präventiven Paarinterventionen untersucht, wobei die erste Metanalyse zu Präventionsprogrammen bei Paaren bereits Mitte der 1980 erschienen ist (siehe auch Giblin, Sprenkle, & Sheehan, 1985). Aufgrund der grossen Anzahl an Studien und Metanalysen wird lediglich auf die aktuellsten eingegangen.

In der bereits oben genannten Studie von Shadish und Baldwin (2003), in der verschiedene Metaanalysen zu familiären und partnerschaftlichen Interventionen zusammengefasst werden, zeigte sich, dass die präventiven Interventionen mittelgrosse Effekte (Post  $d = .48$  und Follow-up  $d = .32$ ) erzielten, welche durch spätere Metanalysen wiederholt bestätigt wurden (z.B. Carroll & Doherty, 2003). Neueste Studien (Blanchard, Hawkins, Baldwin, & Fawcett, 2009; Hawkins, Blanchard, Baldwin, & Fawcett, 2008) beanstanden aber, dass bisherige Metaanalysen die Ergebnisse zu wenig sorgfältig und differenziert aufschlüsselten.

Hawkins et al. (2008) kritisieren zum Beispiel, dass frühere Metaanalysen zu wenig zwischen den verschiedenen abhängigen Variablen unterscheiden. Sie präsentieren in ihrer Metaanalyse die Ergebnisse getrennt nach Partnerschaftszufriedenheit und Kommunikationsfertigkeiten und beziehen dafür Ergebnisse von 117 Studien mit ein. Dabei zeigte sich, dass die Effektgrösse in Bezug auf die Partnerschaftszufriedenheit zwischen 0.24 – 0.36 variieren, wäh-

rend die Effektgrösse für Kommunikationsfertigkeiten zwischen 0.36 – 0.54 liegen. Die Follow-up Messungen führten dabei zu keiner relevanten Verschlechterung der Effekte über die Zeit. Der Unterschied zwischen den beiden Variablen könnte darauf zurück zu führen sein, dass sich viele der Programme auf das Training der Kommunikationsfertigkeiten fokussieren. Zudem wurde die Partnerschaftszufriedenheit mit Fragebogen und die Kommunikationsfertigkeiten mit Verhaltensbeobachtungsmassen erhoben, wobei üblicherweise die Verhaltensbeobachtung zu höheren Effektgrössen führt (Hawkins, et al., 2008). Bezüglich der Intensität der Programme zeigte sich, dass mittellange Interventionen (9-20 Stunden) bessere Effekte erzielten als kurze.

In einer neusten Metaanalyse kritisieren Blanchard et al. (Blanchard, et al., 2009), dass die bisherigen Metaanalysen nicht zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterscheiden. Sie stellen also die Frage, ob die Präventionstrainings für alle Paare gleich gut wirken oder ob beispielsweise Paare mit erhöhtem Risiko weniger von den Interventionen profitieren können. Sie integrierten in ihre Metaanalyse 143 Studien. Dabei zeigte sich, dass Risikopaare eher unterrepräsentiert sind (Halford, O'Donnell, Lizzio, & Wilson, 2006). Auch wenn deshalb die Aussagekraft ihrer Analyse reduziert ist, konnten sie zumindest moderate Hinweise darauf finden, dass präventive Interventionen auch für stark gestresste Paare nützlich sind. Allerdings sind diese positiven Effekte lediglich in der kurzfristigen Wirksamkeit feststellbar, während bei funktionierenden Paaren auch positive Langzeiteffekte nachgewiesen werden konnten. Eine neue Studie (Cummings, Faircloth, Mitchell, Cummings, & Schermerhorn, 2008), welche nicht in die Metaanalyse aufgenommen wurde, zeigte, dass selbst Risikopaare auf einen Präventionskurs kurz- und langfristig eine Reduktion der Konflikte und eine Erhöhung der Zufriedenheit mit der Partnerschaft angaben.

Die generelle Wirksamkeit von präventiven Paarinterventionen kann zusammenfassend als gut belegt betrachtet werden. Jedoch kann daraus nicht geschlossen werden, dass sämtliche partnerschaftlichen Präventionsprogramme wirken. Der Nachweis muss, wie Grawe (Grawe, 1992) betont, für jede Intervention einzeln beantwortet werden. Dies ist vor allem deswegen wichtig, weil die vielen Studien nur mit einer kleinen Anzahl von Programmen durchgeführt worden sind (siehe auch Jakubowski, et al., 2004), während viele Interventionen noch nicht evaluiert sind (siehe auch Heatherington, Friedlander, & Greenberg, 2005). Zudem sind Paare mit einem hohen Risiko für zukünftige Partnerschaftsprobleme in den vorliegenden Studien unterrepräsentiert. Deshalb sollte vermehrt auch die Bemühungen verstärkt werden, solche Paare für Studien zu gewinnen.

### 2.2.2 Praxisbewährung von Paarinterventionen

Ein wichtiger Kritikpunkt bei der Diskussion um Wirksamkeit vs. Praxistauglichkeit ist die Repräsentativität der Wirksamkeitsstudien. Wright, Sabourin, Mondor, McDuff und Mamodhoussen (2007) analysierten in einem Forschungsüberblick 50 publizierte Paarinterventionsstudien zu Partnerschaftsstress und zu komorbiden Störungen (Partnerschafts- und individuelle Störungen) anhand der klinischen Repräsentativitätsskala von Shadish et al. (2000)<sup>11</sup>. Sie kamen zum Schluss, dass die Repräsentativität der vorhandenen empirischen Studien lediglich als mittelmässig einzustufen ist, wobei einige Punkte besonders stark ins Gewicht fallen: Viele Studientherapien wurden von Therapeuten in Ausbildung durchgeführt, die Anzahl der Sitzungen waren fix geregelt und die Interventionen wurden hoch strukturiert durchgeführt. Als Fazit schlagen Wright et al. (2007) vor, dass zukünftige Studien routinemässig den klinischen Repräsentativitätsscore angeben sollen.

Eine Studie von Lundblad und Hansson (2006) überprüfte die Wirksamkeit von Paartherapie im naturalistischen Setting. Dabei handelte es sich um eine nicht randomisierte Studie in mehreren offiziellen Familienberatungsstellen in Schweden. Insgesamt nahmen 593 Paare an der Studie teil und wurden zu drei Messzeitpunkten untersucht. Es zeigte sich, dass die Effektgrössen ( $d = .73$ ) den Ergebnissen der oben berichteten Metanalysen entsprachen und die Veränderungen über den 2-Jahres Verlauf stabil blieben. Hinzuzufügen ist allerdings, dass die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen mit 8.8 (Range: 3- 25) deutlich unter der Behandlungszeit in klinischen RCT-Studien liegt. Zudem zeigte sich, dass 27.5 Prozent der Paare nach zwei Jahren geschieden waren. Dies wiederum entspricht auch den Ergebnissen aus klinischen Studien und bestätigt die Vermutung, die in früheren Studien geäussert wurde, dass viele Paare zu spät in die Therapie kommen.

Die vorliegende Übersicht zeigt, dass qualitativ hochstehende Studien zur Praxisbewährung im Kontext von Paarinterventionen selten sind und aus diesem Grund weitere Studien in diesem Bereich dringend notwendig sind.

### 2.2.3 Effizienz von Paarinterventionen

Ähnlich wie die Praxisbewährung wurde auch die Frage nach der Effizienz von präventiven und therapeutischen Paarinterventionen oft vernachlässigt, obwohl Aussagen zur Effizienz für Geldgeber (Regierung, Krankenkassen) sehr wichtig wären. Die wenigen vorliegenden Studien konnten allerdings konsistent aufzeigen, dass paartherapeutische Interventionen ein

---

<sup>11</sup> Die klinische Repräsentativitätsskala von Shadish et al. (2000) umfasst Themen wie die Stärke und Heterogenität der Klientenprobleme, das Setting, Ausbildung und Alter der Therapeuten, therapeutische Freiheit usw.)



gutes Effizienz Verhältnis aufweisen (Caldwell, Woolley, & Caldwell, 2007; Fals-Stewart, O'Farrell, & Birchler, 1997; Law & Crane, 2000; Law, Crane, & Berge, 2003; O'Farrell, Choquette, Cutter, Brown, & et al., 1996).

O'Farrell et al. (1996) untersuchten beispielsweise die Effizienz einer Therapievergleichsstudie bei Suchtpatienten. Sämtliche 59 Paare bekamen eine kognitiv-behaviorale Paartherapie, während die eine Hälfte zusätzlich noch 15 Rückfallpräventionssitzungen erhielt. Dabei zeigte sich, dass die durch die Therapie gesparten Kosten fünfmal grösser als die Therapiekosten waren. Allerdings führten die zusätzlichen Rückfallpräventionssitzungen nicht zu weiteren Ersparnissen.

Law und Crane (2000) konnten aufzeigen, dass nichtmanualisierte paar- und familienbasierte Interventionen die medizinischen Kosten in den sechs Monaten nach der Intervention über 20% senken konnten, wobei dies doppelt so viel ist, wie für Patienten mit Individualtherapie.

Johnson (2002) schätzt in ihrem Überblicksartikel das Nutzen-Kosten-Verhältnis für die Regierung auf 2.5. Das heisst, für 1\$ der für Paarinterventionen ausgegeben wird, könnten 2.50\$ gespart werden. In einer neueren Analyse zum Nutzen-Kosten-Verhältnis für kognitiv-behaviorale und emotionsfokussierte Paartherapie kommen Caldwell et al. (2007) ebenfalls zu einem positiven, aber zu einem leicht tieferen Ergebnis. Gemäss ihnen kann die Regierung für jeden Dollar, den sie für Screening und Paartherapie (nach diesen beiden Methoden) einsetzen würde, 1.85\$ sparen. In Bezug auf die Krankenkassen vermuten sie ein Nutzen-Kosten-Verhältnis von 1.48\$.

Auch wenn Effizienzanalysen im Kontext Paarinterventionen noch eher selten sind, zeigen die vorliegenden Studien ein erfreuliches Kosten-Nutzen-Verhältnis. Zudem kann vermutet werden, dass Effizienzanalysen in Zukunft immer wichtiger werden, um finanzielle Unterstützung von externen Geldgebern für therapeutische und präventive Interventionen zu bekommen.

## 2.3 Eigene Artikel zum Thema Outputforschung und Partnerschaft

In diesem Kapitel werden zwei Outputstudien im Bereich Prävention von Partnerschaftsstörungen vorgestellt.

Studie 1 ist eine klassische RCT-Studie zur Wirksamkeit des paarlife-Trainings. Besonders an dieser Studie ist, dass sie die Wirksamkeit eines Präventionstrainings für Paare im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes überprüfte.

Studie 2 dagegen entspricht nicht dem klassischen Design einer Output-Studie. Bei dieser Studie wurde den Paaren nach dem Besuch eines Präventionskurses freigestellt, ob sie an einem Auffrischkurs teilnehmen wollen oder nicht. Das Ziel der Studie war zu untersuchen, a) welche Paare diese Auffrischungssitzungen besuchen, b) wie wirksame solche Auffrischungssitzungen sind resp. bei welchen Paaren diese Auffrischkurse keine Verbesserung bewirken. Aufgrund dieser Fragestellungen handelt es sich bei Studie 2 um eine Input-Output-Studie im naturalistischen Präventionskontext.

### 2.3.1 Studie 1: Balancing Work and Relationship: Couples Coping Enhancement Training (CCET) in the Workplace.

Autoren        Marcel Schär, Guy Bodenmann, Thomas Klink

Status         publiziert (2008)

Zeitschrift    Applied Psychology, 57, 71 - 89

#### **Abstract**

The current study is among the first to address the question of efficacy of a couple-oriented prevention program in the context of workplace. As many spill-over and cross-over effects between the workplace and couples' private lives are known, such a focus seems promising. One hundred and fifty-seven couples participating in the study were randomly assigned to three treatment conditions: a couple-oriented intervention (Couples Coping Enhancement Training; CCET), an individual-oriented coping intervention (ICT), and a waiting list control group. Self-report data were collected at pre-test, post test (two weeks after the intervention), and at follow-up (five months after the training). Results are promising for the couple-oriented intervention that significantly outperformed both the ICT and the waiting-list control group. CCET participants scored not only higher in relationship variables (such as communication and dyadic coping) after the training but also in individual variables (e.g., burn-out). These findings support the notion that companies should invest more in the well-being of the relationships of their employees.



APPLIED PSYCHOLOGY: AN INTERNATIONAL REVIEW, 2008, 57, 71–89  
doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00355.x

## Balancing Work and Relationship: Couples Coping Enhancement Training (CCET) in the Workplace

Marcel Schaer,\* Guy Bodenmann and Thomas Klink

*University of Fribourg, Switzerland*

The current study is among the first to address the question of efficacy of a couple-oriented prevention program in the context of the workplace. As many spillover and cross-over effects between the workplace and couples' private lives are known, such a focus seems promising. One hundred and fifty-seven couples participating in the study were randomly assigned to three treatment conditions: a couple-oriented intervention (Couples Coping Enhancement Training; CCET), an individual-oriented coping intervention (ICT), and a waiting-list control group. Self-report data were collected at pre-test, post-test (2 weeks after the intervention), and at follow-up (5 months after the training). Results are promising for the couple-oriented intervention that significantly outperformed both the ICT and the waiting-list control group. CCET participants scored not only higher in relationship variables (such as communication and dyadic coping) after the training but also in individual variables (e.g. burnout). These findings support the notion that companies should invest more in the well-being of the relationships of their employees.

Cette étude compte parmi les premières à aborder la question de l'efficacité d'un programme de prévention centré sur le couple dans l'environnement professionnel. Cette approche semble prometteuse puisque l'on a mis en évidence de nombreux processus de compensation et de transfert entre la vie de travail et la vie privée des couples. 157 couples relevant de la recherche ont été aléatoirement distribués dans trois conditions: une intervention centrée sur le couple (Formation des couples au renforcement du « faire-face »—CCET), une intervention sur le « faire-face » centré sur l'individu (ICT), et une liste d'attente faisant office de groupe contrôle. Des données fournies par les sujets ont été recueillies en pré-test, en post-test (deux semaines après l'intervention) et en suivi (cinq mois après l'intervention). Les résultats sont prometteurs pour l'intervention centrée sur le couple qui se révèle significativement plus performante que l'ICT et le groupe témoin. Les participants CCET ont de meilleurs résultats non seulement pour les variables relationnelles (telles que la communication et le faire-face à deux) à l'issue de la formation, mais aussi pour les variables individuelles (par exemple le burnout). Ces constatations renforcent l'idée que les entreprises devraient investir davantage dans le bien-être relationnel de leurs salariés.

---

\* Address for correspondence: Marcel Schaer, University of Fribourg, Institute for Family Research and Counseling, Rue de Faucigny 2, 1700 Fribourg, Switzerland. Email: marcel.schaer@unifr.ch

## INTRODUCTION

In the second half of the last century, tremendous environmental, economic, political, and sociocultural changes contributed to the restructuring of couples in their relation to work (see Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001). Several fundamental changes in family and work structures, such as the participation of women in the workforce, family arrangements that deviate from traditional gender-based roles (e.g. dual-earner couples), and technological changes (e.g. cell phones, portable computers) have reduced the separation between job and family life. Work and relationships are no longer separate domains but rather two closely interconnected facets of human life (e.g. Edwards & Rothbard, 2000). Work and relationship can influence each other in both positive and negative ways (Grzywacz & Marks, 2001; Rogers & May, 2003), mainly by two processes: spillover and cross-over. Spillover is an intra-individual transmission of experience from one domain to another domain while a cross-over effect is an inter-individual transmission from one member of a dyad to the other. A large body of research highlights the aspects of negative spillover from work experience on family life. Several studies show that stress in the workplace, such as days characterized by a high workload or annoying social interactions, were correlated with greater anger or withdrawal during interactions with the partner at home (Repetti, 1989; Story & Repetti, 2006). Job stressors also showed a negative impact on daily parenting behavior (Repetti & Wood, 1997). On the other hand, previous studies yielded empirical evidence for inverse patterns, namely that negative experiences in the family might spill over to one's performance at the workplace (Peeters, Montgomery, Bakker, & Schaufeli, 2005). Thus, job satisfaction was found to be correlated with family stress (Rogers & May, 2003) as well as with job burnout, especially in men (Peeters et al., 2005). Conversely, positive experiences in the non-work domain (i.e. close relationship) were found to be positively associated with one's functioning at work (Sonnentag, 2003).

In addition to the spillover effects, cross-over effects are presented (Demerouti, Bakker, & Schaufeli, 2005; Matthews, Del-Priore, Acitelli, & Barnes-Farrell, 2006; Neff & Karney, 2007). Matthews et al. (2006) found that when women reported more work-relationship conflict, men reported a higher level of relationship tension. Neff and Karney (2007) showed that when women reported higher stress, husbands scored lower in marital satisfaction. In another study, women's feelings of depression or overload were greater when husbands reported more pressure at work (Crouter, Bumpus, Maguire, & McHale, 1999). These studies illustrate that apart from spillover effects, cross-over effects may also play an important role for couples. Partners bring their stress home, which affects the whole dyad, triggering dyadic stress (Bodenmann, 2005). One study done by Bodenmann, Ledermann, and

## BALANCING WORK AND RELATIONSHIP 73

Bradbury (2007) has shown that external stress significantly triggers internal stress (within-dyad stress as dyadic arguments and conflicts) which is negatively associated with relationship quality and sexual functioning.

In sum, current findings strongly support the notion that experiences at the workplace and couple's life are closely connected to each other and that unresolved stress in one domain affects the other domain in a significant manner. In consequence, companies should be motivated to consider these interconnections (spillover and cross-over processes) in helping employees not only to handle more effectively their individual stress but also in helping to reduce stress in the relationship. Although this idea is perhaps far from current practice, it is a logical consequence of research which follows the above-reported findings.

### Intervention Programs in Companies

Currently, most of the programs focus on a reduction of individual stress and on an enhancement of work-related personal resources of employees (such as teaching adequate coping skills, introducing relaxation methods, offering cognitive-behavioral interventions) (see van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001). However, as Peeters et al. (2005) noted in their conclusion: "Companies are usually quite ready to provide work related training and support to employees, but maybe it's time that organizations also try to provide training and support for non-work-related demands" (p. 58). But do such programs exist and what is their efficacy? These questions are easily answered, as only a few programs for non-work-related demands have so far been presented in companies.

In this context, Martin and Sanders (2003) developed a parenting program (Triple P) for the workplace to strengthen education-related skills (because work stress often weakens parenting skills; see Repetti & Wood, 1997). Results of this intervention showed that parents in the intervention group reported significantly lower levels of disruptive child behavior, dysfunctional parenting practices, and higher levels of self-efficacy in managing both home and workplace demands. These improvements were maintained until the 4-month follow-up.

Markman and colleagues adapted the Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP; e.g. Markman, Stanley, Blumberg, Jenkins, & Whitely, 2004) and implemented their modified program (Building Strong and Ready Families Program) in the United States Army. Results suggested that the program yielded positive effects on relationship satisfaction, going alongside a reduction in spillover of stress into the relationship (Stanley, Allen, Markman, Saiz, Bloomstrom, Thomas, Schumm, & Bailey, 2005). The generalisation of these findings is, however, limited because of a lack of a control group as well as long-term follow-up measures. Furthermore, the

## 74 SCHAER ET AL.

authors were confronted with a very high drop-out rate for the 1-month follow-up. To our knowledge, these two programs are the only ones reported so far that address the topic of helping employees to deal with private demands.

To conclude, recent interventions in companies tried mainly to reduce work-related stress or very rarely family-related stress. Research findings on spillover and cross-over effects of stress suggest that to reduce stress in an efficient manner, it would be helpful if stress prevention training in companies offered both work- and family-related stress management and prevention strategies; but not all stress can be prevented. On this account, the employees should also learn to handle the transmission effects of stress.

A program that may have the potential to do this is the Couples Coping Enhancement Training (CCET) (Bodenmann & Shantinath, 2004), an evidence-based preventive intervention that addresses individual and dyadic stress and teaches couples individual and dyadic coping (the way partners cope together with stress; for a definition of dyadic coping, see Bodenmann, 2005). Although this program has not yet been used in the context of workplace interventions, the CCET has proven its efficacy in previous studies, showing that the training was able to improve relationship quality, individual and dyadic competences (such as coping, communication, problem-solving), as well as psychological well-being (e.g. Bodenmann, Pihet, Shantinath, Cina, & Widmer, 2006; Ledermann, Bodenmann, & Cina, 2007; Pihet, Bodenmann, Cina, Widmer, & Shantinath, 2007; Widmer, Cina, Charvoz, Shantinath, & Bodenmann, 2005). These studies yielded effect sizes of  $d = .40$  to  $.80$  within 2 years.

## Overview of Current Study

The goal of this study is to implement the Couples Coping Enhancement Training (CCET) in a nationwide telecom company in Switzerland (Swisscom) and to evaluate the efficacy of this program in a randomised controlled trial including three intervention groups. In the first group couples participated in CCET, in the second group only the partner working in the company received an individual coping training (ICT, described below), and in the third group couples formed a waiting-list control group.

It is hypothesised that CCET should increase dyadic competencies (such as dyadic coping, communication). In addition to these primary target variables, we also expected positive effects of the training on general well-being and life satisfaction and workplace variables (such as less burnout, less work stress). Secondly, we expected significant effects of the individual-oriented intervention group (ICT) on the individual variables (e.g. burnout, work stress, general well-being, and life satisfaction), with comparable effects, however, to the CCET group. Third, we hypothesised that ICT and CCET are superior to the waiting-list control condition.

## METHOD

## Participants

The study was conducted with employees of a nationwide operating telecom company in Switzerland (Swisscom). One hundred and sixty-eight couples participated in this study. The demographic characteristics of the participants at pre-test were as follows: the average age of the employees was 40.79 years ( $SD = 7.83$ ; range = 20–62 years) and the average age of their partner was 39.27 years ( $SD = 7.71$ ; range = 25–63 years). Eighty per cent of the employees were male. The mean duration of their relationship was 12.8 years ( $SD = 9.14$ ; range = 1–39). The demographic characteristics of the participants at pre-test are presented in Table 1.

Eleven couples (7%) dropped out prior to the start of the training due to sickness, pregnancy, or miscellaneous reasons. Thus, the final sample was composed of  $N = 157$  couples. Fifty-five couples were in the CCET group,

TABLE 1  
Sample Characteristics

Variable	CCET Group		ICT Group		Control Group	
	M	SD	M	SD	M	SD
Degree of occupation (%)						
Employees	92.9	19.1	93.0	15.7	92.9	16.5
Non-employees	67.2	35.3	75.4	28.7	73.5	29.2
Duration of relationship	14.9	10.8	12.4	9.1	11.6	6.8
Number of children	1.3	1.3	1.11	1.0	1.5	1.1
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Marital status						
Unmarried	25	45.5	14	27.5	15	26.0
Married	30	54.5	34	72.5	39	74.0
Household						
With partner	51	92.7	44	91.7	49	89.6
Without partner	4	7.3	4	8.3	5	10.4
Type of employment for employees						
Specialist	26	47.4	28	58.3	26	48.1
Management	25	45.4	13	27.1	23	42.6
Miscellaneous	4	7.2	7	14.6	5	9.3
Type of employment for non-employees						
Specialist	19	34.5	19	39.6	16	29.6
Management	10	18.3	5	10.5	8	14.9
Househusband/wife	14	25.5	11	22.9	17	31.5
Miscellaneous	12	21.8	13	27.1	13	24.1

## 76 SCHAER ET AL.

48 couples in the ICT group, and 54 couples in the control condition. The attrition rate within the 5-month follow-up was 11% (17 couples; seven for the CCET, four for the ICT, and six for the control group). Missing data were replaced by the stochastic Regression Imputation (Little & Rubin, 2002). A variety of analyses, based on demographic and the dependent variables, indicated at pre-test no significant differences between couples who remained in the study and those who dropped out, with two exceptions: Non-employees in couples who drop out show marginally higher irritation disengagement ( $F(1, 154) = 3.66, p = 0.06$ ) and marginally lower life satisfaction ( $F(1, 154) = 3.30, p = 0.07$ ).

Participants were recruited by means of an in-house newspaper. Each couple paid a nominal sum equivalent to \$120 to participate in the program. Full confidentiality was assured.

## Procedure

The efficacy of the couple-oriented program (CCET) was tested using a longitudinal design that lasted 5 months. Participants were assessed three times: at pre-test (Time 1, 2 weeks prior to the intervention); post-test (Time 2, 2 weeks after the intervention), and 5-month follow-up (Time 3). Participants were randomised to three different groups: (a) CCET intervention group ( $N = 55$  couples), (b) individual-training intervention ( $N = 48$  couples), and (c) a waiting-list control group ( $N = 54$  couples). After the follow-up (7 months after the registration) the control group couples and the individual group couples also received the CCET. Questionnaires were mailed to the couples at home. Participants were asked to complete them independently from one another.

## Measures

*Dyadic Coping Inventory (DCI; Bodenmann, 2007).* This 37-item questionnaire assesses stress communication and dyadic coping as perceived by each partner about: (1) their own coping ("What I do when I am stressed and what do I when my partner is stressed") (2) each partner's perception of the other's coping ("What does my partner do when he/she is stressed, and what does my partner do when I am stressed?"), and (3) each partner's view of how they cope as a couple ("What we do when we are stressed as a couple"). Although there is a total of nine subscales or two aggregated scales (positive dyadic coping and negative dyadic coping) we used the total score of the DCI in this study ( $\alpha = .92$  for both genders).

*Marital Communication Questionnaire (MCQ; Bodenmann, 2000b).* This questionnaire assesses different positive and negative marital communication



## BALANCING WORK AND RELATIONSHIP 77

behaviors in conflict situations such as criticism, defensiveness, contempt, belligerence, domineering, positive affect, and care. It is based on the communication categories proposed by the SPAFF coding system developed by Gottman (1994), and contains 19 items which are administered on a 6-point scale (1 = never, 6 = very often). The items can be combined into a global score measuring the quality of marital communication (Cronbach's  $\alpha = .78$ ) with high scores indicating high quality of marital communication. The validity of the questionnaire has been demonstrated in previous studies (Bodenmann, 2000b).

*Questionnaire Assessing Well-Being (QAWB).* This questionnaire, developed by Bodenmann-Kehl (1999), assesses psychological and physiological well-being with six items (three items for each aspect). The Cronbach's alpha for the total score in our sample was  $\alpha = .84$ .

*General Life Satisfaction Questionnaire (GLS).* The GLS (Bodenmann-Kehl, 1999) comprises four items, each measured on a 5-point scale ranging from "not at all" to "very much", evaluating general life satisfaction (Cronbach's alpha in our sample:  $\alpha = .78$ ).

*The Oldenburg Burnout Inventory (OLBI).* This was developed by Demerouti (1999) and assesses symptoms of burnout on two dimensions: (1) Exhaustion (six items;  $\alpha = .80$ ) refers to general feelings of emptiness, overtaxing from work, a strong need for rest, and a state of physical exhaustion and (2) Disengagement (seven items;  $\alpha = .74$ ), which refers to distancing oneself from the object and the content of one's work and to negative, cynical attitudes and behaviors toward one's work in general. Exploratory and confirmatory factor analysis confirmed its two-dimensional factor structure (Demerouti, Bakker, Vardakou, & Kantas, 2003).

*Irritation (IR).* The irritation questionnaire was used to assess subjective perceived emotional and cognitive strain in the professional context. The questionnaire was developed by Mohr, Rigotti, and Mueller (2005) and encompasses seven items that are administered on a 7-point scale. The two dimensions (cognitive and emotional irritation) can be summed up to a composite index. Internal consistencies in our study were .88 and .91 for cognitive and emotional irritation, respectively. The validity of the instrument has been demonstrated (Mohr, Mueller, & Rigotti, 2005).

## The Intervention Programs

*Individual coping Training (ICT).* The individual coping training (ICT) consisted of two modules addressing stress and coping in individuals. In the

## 78 SCHAER ET AL.

first module, participants were introduced to the concept of stress as described by Lazarus and Folkman (1984). Here the physiological, psychological, and social consequences of stress were taught. In the second module, participants learned a variety of ways to cope and prevent individual stress. They were motivated to strengthen their repertoire of pleasant and stress-countering activities, to prevent unnecessary stress by reducing unrealistic expectations, and to manage time more realistically. Participants also were introduced to the situation-based stress approach of Perrez and Reicherts (1992) and well-known cognitive behavioral techniques such as progressive muscle relaxation (Carlson & Bernstein, 1995) and problem-solving techniques (D'Zurilla & Goldfried, 1971).

The training was completed in one day (8 hours) and included eight to 12 participants with one workshop provider leading the group. To be comparable with the CCET with regard to the duration of the program, the ICT also included four hours of individual lectures on a textbook before the training and another three hours of exercises to be administered after the program. Thus the duration of the ICT was similar to the CCET (15 hours).

*Couples Coping Enhancement Training (CCET).* The Coping Enhancement Training (CCET) is an evidence-based relationship distress prevention program that is described in more detail by Bodenmann and Shantinath (2004). The CCET was offered in a weekend format (with four to eight couples). The CCET has a duration of 15 hours and consists of six modules: The first two modules address the issue of stress (its origins, its appearance, and its consequences) while the second module teaches effective individual coping (prevention of unnecessary stress, establishing regular stress-countering activities, adequate appraisals of demanding situations, fit of coping strategies with demands of the stressful situation, etc.). The third module is based on the systemic-transactional coping approach in couples developed by Bodenmann (2005). In this module, couples learn how to enhance their dyadic coping competences through learning how to communicate explicitly their own stress to the partner, how to accurately recognise the partner's stress, and how to provide helpful and adequate dyadic coping toward the partner. The fourth module illustrates the importance of mutual fairness and equity in giving and receiving supportive dyadic coping. The last two modules are based on the communication and problem-solving training as they are used in behavioral couple therapy or prevention (see e.g. PREP; Markman, Renick, Floyd, Stanley, & Clements, 1993). The CCET encompasses four supervised communication exercises (addressing communication training, three-phase method teaching stress communication and supportive dyadic coping, problem-solving, and mutual fairness). In these exercises the couples were able to exercise and enhance the new skills, prompted by a

## BALANCING WORK AND RELATIONSHIP 79

workshop provider in separate rooms. Regardless of group size, a ratio of one trainer per two couples was maintained during the exercises. Standardisation of training was ensured through the use of a detailed and highly structured manual for trainers (training manual published in German by Bodenmann, 2000a; English translation of the manual available). All workshop providers had received the intensive training required and were licensed to deliver the CCET, and all workshops (ICT and CCET) were conducted within 6 months.

### Statistical Analyses

To evaluate the effects of the intervention (ICT, CCET, control condition) we conducted a  $3 \times 3 \times 2$  (time  $\times$  group  $\times$  employee) repeated measures multivariate analysis of (co)variance (MANCOVA with a GLM-based procedure). Time and employment were within-dyad factors, while group (different treatment conditions) was a between-dyad factor. Time included three times of measurement (pre, post, follow-up), the variable employee included status (person employed in the Swisscom company versus non-employed partner), and the group variable represented three conditions (ICT, CCET, and waiting-list control group). Because the CCET is a couple-based training, relationship variables could have an important influence on the variation in the dependent variables. To control for this effect, relationship satisfaction and the duration of the relationship were used as covariates.

Because the individuals are the unit of our analysis, the data are not independent. This fact was accounted for in all analyses, by including dyad as a nested factor in the design (see DeCoster, 2002). With the exception of two couples, only one partner of the dyad was employed in Swisscom. That means that most of the partners within dyads were distinguishable. Because of the small number of indistinguishable dyads, this problem is ignored in the analyses and these two cases were randomly assigned to one of the groups.

## RESULTS

### Preliminary Analyses

Preliminary analyses were conducted to examine whether there were any pre-test differences between the three groups on the various demographic variables and the above-described scales measuring different aspects of relationship competencies and well-being. As statistical analyses revealed, there were no significant differences between the three groups in demographic variables and outcome measures at pre-test (before intervention).

80 SCHAER ET AL.

## Results on the Efficacy of the Interventions

Means and standard deviations of the dependent variables are presented in Table 2. Because of the significant interaction effects for time  $\times$  group  $\times$  employee in most of the variables (see Table 3), we also report a priori contrasts (see Table 4).

*Results of the Intervention on Relationship Variables (Dyadic Coping and Communication).* For the dyadic coping (DCI) there were significant time, time  $\times$  group and time  $\times$  group  $\times$  employee effects (see Table 3). The CCET intervention group shows a significant increase in dyadic coping in the pre–post comparisons that was not found in the two other conditions (ICT and control group). In contrast to non-employed partners, the employed persons maintain this enhancement in dyadic coping until the follow-up and continue to show better dyadic coping 5 months later. There were no significant group differences between ICT and control group (see Table 4).

For the communication skills variable, there was a significant time  $\times$  group effect (Table 3). Couples in the CCET group showed a greater improvement in communication skills compared to the other two groups. In the follow-up, this effect remains only for the employed persons. No significant group differences were found between IC intervention and control group.

*Results of the Intervention on General Variables (Well-Being and Life Satisfaction).* For well-being (QAWB), no time or time  $\times$  group effects were found (Table 3). However, a significant effect was found for the variable employee. Employed subjects (who had received either an individual or couple-oriented intervention) showed a significant or marginal increase in well-being over the 5-month period. Compared to the ICT group and control group, the non-employed partners who had attended a CCET workshop showed a decrease in well-being, especially between post-test and follow-up (Table 4).

In the CCET group, on the one hand, the employees displayed a significant increase in life-satisfaction (GLS) in contrast to the other two groups. On the other hand, the non-employees showed first an increase and then a significant decrease. That means that only the employees in the CCET group could maintain this positive effect over the 5 months (Table 4).

*Results of the Intervention on Work-Related Variables (Burnout and Irritation Measures).* Employees in the CCET intervention group displayed a significantly greater decrease in the burnout inventory (OLBI) in the pre–post comparisons than the other two groups (OLBI<sub>TOT</sub>, see Table 4), especially in the subscale exhaustion (OLBI<sub>EXH</sub> pre–post: CCET–ICT:  $F(1, 98) = 5.693, p < .05, \eta^2 = .055$ ; CCET–Control group:  $F(1, 111) = 7.04, p < .01$ ,

## BALANCING WORK AND RELATIONSHIP 81

TABLE 2  
Means and Standard Deviations for the Three Groups  
(CCET, ICT, control group) and for the Three Time Measurement Points

		CCET		ICT		Control Group	
Variable	Time	M	SD	M	SD	M	SD
Dyadic Coping (DCI)							
Employees	t0	124.59	19.33	125.53	14.96	123.35	17.03
	t1	130.96	13.47	126.35	15.45	124.35	15.99
	t2	130.90	17.87	123.96	17.40	123.17	18.31
Non-employees	t0	126.22	19.71	121.35	14.79	123.11	16.68
	t1	133.09	15.14	121.96	15.42	123.26	18.65
	t2	125.06	19.95	122.54	15.00	124.00	16.56
Marital Communication (MCQ)							
Employees	t0	88.93	9.83	87.97	8.12	90.08	8.68
	t1	93.78	5.99	90.20	7.90	90.93	6.63
	t2	93.75	7.23	90.43	7.70	91.62	8.39
Non-employees	t0	90.15	8.82	86.67	8.45	90.48	7.49
	t1	93.85	7.15	88.51	8.82	91.55	8.29
	t2	92.04	8.51	88.61	9.63	91.45	7.35
Well-Being (QAWB)							
Employees	t0	23.73	4.19	22.53	3.75	23.83	3.19
	t1	23.82	3.55	23.32	3.81	24.34	2.84
	t2	24.51	3.55	23.54	3.78	23.93	3.47
Non-employees	t0	23.90	3.17	22.37	4.17	23.56	3.13
	t1	24.38	3.02	22.88	4.16	23.73	3.93
	t2	23.39	3.45	22.48	4.30	23.71	3.12
Life Satisfaction (GLS)							
Employees	t0	15.55	2.33	15.35	2.72	16.40	1.85
	t1	16.28	1.94	15.37	2.72	16.56	1.81
	t2	16.38	2.13	15.22	2.65	16.33	2.31
Non-employees	t0	16.30	2.25	15.81	2.51	16.74	1.59
	t1	16.69	1.83	15.95	2.22	16.35	2.09
	t2	16.00	2.96	16.07	2.45	16.43	2.19
Burnout (OLBI Total)							
Employees	t0	34.80	6.38	34.47	5.62	34.41	5.33
	t1	32.24	5.17	34.36	5.61	33.56	5.43
	t2	32.97	5.42	34.64	6.39	33.57	5.83
Non-employees	t0	33.13	6.00	34.31	5.74	34.06	6.82
	t1	34.87	6.79	33.94	6.56	33.09	7.11
	t2	33.40	4.98	34.16	7.16	33.41	7.10
Irritation/Strain (IR Total)							
Employees	t0	25.96	10.43	25.48	9.94	24.74	8.57
	t1	22.09	8.64	23.74	10.11	22.95	7.79
	t2	22.11	8.28	23.14	10.06	22.15	9.10
Non-employees	t0	22.90	8.78	25.75	9.59	21.99	8.28
	t1	22.43	8.76	24.05	9.44	22.52	8.50
	t2	22.37	8.60	24.18	8.99	21.00	8.06

Note: t0 = pre-test; t1 = post-test; t2 = 5-month follow-up.

82 SCHAER ET AL.

TABLE 3  
Repeated Measures of Multivariate Analyses of Variance: Overall Effects

Variable	Time			Time × Group			Time × Group × Employee		
	F	eta <sup>2</sup>	df <sup>a</sup>	F	eta <sup>2</sup>	df <sup>a</sup>	F	eta <sup>2</sup>	df <sup>a</sup>
Dyadic Coping (DCI)	4.03*	.03	1.9/289	4.19**	.05	3.9/289	5.30*	.07	4/298
Marital Comm. (MCQ)	4.07**	.05	2/298	2.40°	.02	4/298	.90	.01	3.9/288
Well-Being (QAWB)	.11	.00	1.9/288	.70	.01	3.9/287	3.52**	.05	4/298
Life Satisfaction (GLS)	.90	.01	1.9/288	2.46*	.03	3.9/288	2.68	.04	4/298
Burnout (OLBI Total)	.09	.00	1.9/282	.57	.01	3.8/282	3.29*	.04	4/298
Irritation (IR Total)	.90	.01	1.9/288	.80	.01	3.9/288	.78	.01	4/298

Note: °  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

<sup>a</sup> If the homogeneity of variance assumption has been violated, the degrees of freedom has been corrected with the Huynh-Feldt epsilon.

TABLE 4  
Repeated Measures of Multivariate Analyses of Variance:  
Contrasts for each Group

Variable	Time	CCET—ICT <sup>a</sup>		CCET—Control Group <sup>b</sup>		ICT—Control Group <sup>c</sup>	
		F	eta <sup>2</sup>	F	eta <sup>2</sup>	F	eta <sup>2</sup>
Dyadic Coping (DCI)							
Employees	t0–t1	5.94**	.06	4.58*	.04	.01	.00
	t0–t2	8.96**	.08	7.14**	.07	.41	.00
	t1–t2	1.32	.01	.29	.00	.28	.00
Non-employees	t0–t1	9.74***	.09	8.02*	.07	.06	.00
	t0–t2	1.37	.01	1.19	.01	.01	.00
	t1–t2	12.88***	.12	12.72***	.11	.01	.00
Marital Communication (MCQ)							
Employees	t0–t1	3.01*	.03	6.82*	.06	1.17	.01
	t0–t2	2.92*	.03	5.46	.05	.52	.01
	t1–t2	.03	.00	.42	.00	.23	.00
Non-employees	t0–t1	4.47*	.04	6.90**	.06	.65	.01
	t0–t2	.02	.00	.56	.01	1.06	.01
	t1–t2	3.38*	.03	3.37*	.03	.04	.00
Well-Being (QAWB)							
Employees	t0–t1	2.73*	.03	.96	.01	.57	.01
	t0–t2	.25	.00	2.53	.02	3.92*	.04
	t1–t2	1.34	.01	5.89**	.06	1.87°	.02
Non-employees	t0–t1	.00	.00	.94	.01	.54	.01
	t0–t2	2.21°	.02	3.92*	.04	.02	.00
	t1–t2	2.14°	.02	5.85**	.05	.71	.01

## BALANCING WORK AND RELATIONSHIP 83

TABLE 4 (Continued)

		CCET—ICT <sup>a</sup>		CCET—Control Group <sup>b</sup>		ICT—Control Group <sup>c</sup>	
Variable	Time	F	eta <sup>2</sup>	F	eta <sup>2</sup>	F	eta <sup>2</sup>
Life Satisfaction (GLS)							
Employees	t0–t1	4.96*	.05	4.44*	.04	.20	.00
	t0–t2	6.92**	.07	7.94**	.07	.01	.00
	t1–t2	.61	.01	1.05	.01	.03	.00
Non-employees	t0–t1	1.28	.01	6.52**	.06	2.20°	.02
	t0–t2	1.06	.01	.23	.00	2.45°	.03
	t1–t2	5.10*	.05	2.93	.03	.01	.00
Burnout (OLBI Total)							
Employees	t0–t1	5.19*	.05	3.01*	.03	.75	.01
	t0–t2	2.38°	.02	.92	.01	.74	.01
	t1–t2	.14	.00	.50	.01	.07	.00
Non-employees	t0–t1	6.136**	.06	8.73**	.08	.52	.01
	t0–t2	.144	.00	.995	.01	.24	.00
	t1–t2	2.276°	.02	2.78*	.03	.00	.00
Irritation/Strain (IR Total)							
Employees	t0–t1	2.84*	.03	4.15*	.04	.00	.00
	t0–t2	.66	.01	.46	.01	.04	.00
	t1–t2	.66	.01	.92	.01	.01	.00
Non-employees	t0–t1	.86	.01	.82	.01	2.73°	.03
	t0–t2	.40	.00	.03	.00	.16	.00
	t1–t2	.02	.00	.73	.01	1.60	.02

Note: °  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ ; t0 = pre-test; t1 = post-test; t2 = 5-month follow-up.

<sup>a</sup> degrees of freedom (df): 1/98; <sup>b</sup> degrees of freedom (df): 1/111; <sup>c</sup> degrees of freedom (df): 1/95.

$eta^2 = .07$ ). Exhaustion is still marginally lower for the employees in the CCET group 5 months later (OLBI<sub>EXH</sub> pre–follow-up: CCET–ICT:  $F(1, 98) = 1.78$ ,  $p < .10$ ,  $eta^2 = .02$ ; CCET–Control group:  $F(1, 111) = 2.20$ ,  $p < .10$ ,  $eta^2 = .02$ ). The non-employees in the CCET had shown at first (pre–post) a significant increase and then a significant decrease in the burnout inventory. On this account, there were no significant differences after 5 months between the three groups (Table 4). These changes over time are mainly due to the variances in the subscale disengagement (OLBI<sub>DIS</sub> pre–post: CCET–ICT:  $F(1, 98) = 7.36$ ,  $p < 0.01$ ,  $eta^2 = .07$ ; ICT–Control group:  $F(1, 95) = 10.29$ ,  $p < 0.001$ ,  $eta^2 = 0.9$ ; OLBI<sub>DIS</sub> pre–follow-up: CCET–ICT:  $F(1, 98) = 3.23$ ,  $p < 0.05$ ,  $eta^2 = .03$ ; ICT–Control group:  $F(1, 95) = 3.02$ ,  $p < 0.05$ ,  $eta^2 = 0.03$ ).

In the subscale disengagement the employees with the ICT intervention displayed a (marginal) increase compared with the other two groups at the

## 84 SCHAER ET AL.

5-month follow-up (OLBI<sub>DIS</sub> pre-follow-up: CCET-ICT:  $F(1, 98) = 1.71$ ,  $p < 0.10$ ,  $\eta^2 = .02$ ; ICT-Control group:  $F(1, 111) = 2.11$ ,  $p < 0.10$ ,  $\eta^2 = 0.02$ ).

The emotional and cognitive strain and irritation (IR) in the occupational contexts could be reduced for the employees in the CCET group compared to the other groups (IR<sub>TOT</sub>, see Table 4; IR<sub>EMO</sub> pre-post: CCET-ICT:  $F(1, 98) = 1.64$ ,  $p < .10$ ,  $\eta^2 = .02$ ; CCET-Control group:  $F(1, 111) = 2.22$ ,  $p < .10$ ,  $\eta^2 = .02$ ; IR<sub>COG</sub> pre-post: CCET-ICT:  $F(1, 98) = 2.61$ ,  $p < .10$ ,  $\eta^2 = .03$ ; CCET-Control group:  $F(1, 111) = 4.00$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .04$ ). In the follow-up 5 months later the emotional strain was still marginally deeper for the employees in the CCET group compared with the employees in the control group (IR<sub>EMO</sub> pre-follow-up: CCET-ICT:  $F(1, 98) = 1.36$ ,  $p < ns$ ,  $\eta^2 = .01$ ; CCET-Control group:  $F(1, 111) = 1.62$ ,  $p < .10$ ,  $\eta^2 = .01$ ).

## DISCUSSION

This study is among the first to evaluate the efficacy of a couple-oriented stress prevention program in the workplace. The Couples Coping Enhancement Training (CCET) (Bodenmann & Shantinath, 2004) had proven its efficacy in several previous studies in the context of universal or indicated prevention with community sample couples; however, its application in the context of a company is novel.

Overall, the findings of this study suggest that a relatively brief couple-oriented group intervention (CCET; Bodenmann & Shantinath, 2004) is able to produce significant effects that outperform the effects of individual treatment or a waiting-list control group: In terms of relationship competencies, couples who received the CCET showed a greater increase in dyadic coping and communication skills in contrast to the other two treatment conditions. This finding supports previous findings (Bodenmann, Charvoz, Cina, & Widmer, 2001; Ledermann et al., 2007) and was expected as one focus of the CCET is typically to enhance relationship competencies. Interestingly, the maintenance of this positive effect was found only in the employees (within the 5-month follow-up period). However, in addition to the positive effects of CCET on relationship competencies, significant effects of the program on individual variables were also found. After 5 months, CCET participants still reported a greater increase in life satisfaction and well-being than most other participants. A similar picture was found in work-related variables such as burnout and irritation. Employees who had attended the CCET workshop reported significantly lower scores in exhaustion (one important aspect of burnout) as well as in emotional strain and irritation.

Thus, in sum, CCET performed quite well, and results support the notion that it is worth offering prevention programs in the workplace that also involve the partner as improvements in nearly all variables were found (at least in the short term).



## BALANCING WORK AND RELATIONSHIP 85

An interesting finding in the CCET group was that employees did benefit more from the program than their partner. This finding needs an explanation as it was not at all expected.

Employees might be reminded of the intervention on a more regular basis, simply by going to work. An association between the company and the intervention program (announced and sponsored by the organisation) might make the workplace a reminder of the strategies taught in the program (e.g. specific workplace or work-related interaction cues). This explanation depends on different learning effects. But this would also be applied to the ICT. A further explanation might be that employees were biased in their evaluation as the company had offered (and sponsored) the program and that therefore they felt a certain responsibility to perform well. However, this explanation is not really substantial or convincing as the ICT was also offered and sponsored by the company, but there no positive effects were found.

Along similar lines, the suspicion that CCET employed participants had scored higher because they feared that the company would know who they were, is not credible. Again, the same would have been the case for ICT and no such doubts were reported by participants as anonymous data collection and interpretation was guaranteed.

Thus, all these explanations lack convincing prediction of the differences between employees and their partner. A more promising interpretation might be that employees could benefit more from the program because it targeted stress and coping issues that were particularly important for the employees and less so for the partners. This assumption is strengthened through a post-hoc analysis, where the employees reported overall significantly more work stress than their partners ( $F(1, 111) = 5.45, p < .05, \eta^2 = .05$ ). The differences between employees and non-employees may also be put down to the assumption that the employee has been the one to suggest participating or attending the couples training. On this note, it could be that the employees rate the effect higher, in terms of the “Justification-of-Effort-Theory” (see Aronson & Mills, 1959).

An additional noteworthy finding is that the ICT group did not perform as well as expected. In the ICT group (where only the employees had received the training) participants showed, as hypothesised, no significant effects on relationship variables. What is more, neither were significant changes in the work-related variables (such as burnout and irritation) found compared to the control group. These results are contradictory to the hypotheses according to which we expected better outcomes in the ICT group. Participants in the ICT group reported only a significant increase in general well-being. Thus, CCET outperformed ICT. This finding is particularly important as both interventions are similar with regard to the expenditure of time (each program had a duration of 15 hours) or qualification of the program providers (all providers were well trained and licensed).

## 86 SCHAER ET AL.

These findings support the assumption that not only work-related but also couples-related coping strategies have a relevant influence on work and that therefore organisations and companies should also provide training for non-work-related demand (Peeters et al., 2005). An intervention focusing on stress and couples' variables seems indicated and adequate, because family and work variables are intercorrelated and various spillover and cross-over effects are observable between workplace and couples' lives.

There are some limitations of this study. First, it is possible that many couples in ICT were somewhat less motivated to participate in the study. The highest appeal for most of the participants was clearly to attend the couple-oriented intervention. This could be for different reasons. The study was advertised mainly as a study including a couple-oriented intervention, and because of the randomisation some participants had first to undergo individual training (ICT) and did not receive the CCET until some months later. Furthermore, the ICT intervention was maybe less impressive for participants who might already have known some of the coping elements from previous classes. The training elements are indeed highly powerful and efficacious (van der Klink et al., 2001) but are also well known. However, the rating of satisfaction with the ICT was very good (86% of the participants were satisfied or very satisfied). Second, all data were self-report data and therefore limit generalisation. It will be necessary to have additional data (e.g. ratings from superiors, objective parameters of performance at the workplace) in a future study. Third, we could not control for gender differences because most of the employees were male (80%). Thus, no generalisation of the findings on women can be made. Fourth, with a 5-month follow-up, only medium-term and not long-term effects were assessed and the study does not provide sufficient information on the long-term stability of the effects of the intervention. Future studies should include follow-up after 1 or 2 years. This was not done in this study for two reasons. First, we had the ICT group and the waiting-list control group who were eager to receive the intervention within a certain time. Second, the company expected major changes (restructuring of staff, etc.) in the near future. We were not able to choose a longer time frame as these major changes would have severely influenced the whole design (i.e. drop-outs) and the results.

Despite these limitations, we are convinced that this study makes a significant contribution to the current knowledge of prevention in general and of prevention in companies, and offers an intriguing perspective for future research.

## REFERENCES

- Aronson, E., & Mills, J. (1959). The effect of severity of initiation on liking for a group. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(2), 177–181.

## BALANCING WORK AND RELATIONSHIP 87

- Bodenmann, G. (2000a). *Kompetenzen für die Partnerschaft* [Competencies for marriages]. Weinheim: Juventa Verlag.
- Bodenmann, G. (2000b). *Stress und Coping bei Paaren* [Stress and coping in couples]. Bern: Hans Huber.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. Revenson, G. Bodenmann, & K. Kayser (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33–49). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bodenmann, G., Charvoz, L., Cina, A., & Widmer, K. (2001). Prevention of marital distress by enhancing the coping skills of couples: 1-year follow-up study. *Swiss Journal of Psychology*, 60(1), 3–10.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T.N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14(4), 551–569.
- Bodenmann, G., Pihet, S., Shantinath, S.D., Cina, A., & Widmer, K. (2006). Improving dyadic coping in couples with a stress-oriented approach: A 2-year longitudinal study. *Behavior Modification*, 30(5), 571–597.
- Bodenmann, G., & Shantinath, S.D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53(5), 477–484.
- Bodenmann-Kehl, C. (1999). *Eine Analyse spezifischer Ansatzpunkte zur Förderung der familiären Kompetenz* [Analysis of potential approaches to the promotion of family competence]. Fribourg: Fribourg University Press.
- Carlson, C.R., & Bernstein, D.A. (1995). Relaxation skills training: Abbreviated progressive relaxation. In L. Krasner & W. O'Donohue (Eds.), *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications* (pp. 20–35). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Cooper, C.L., Dewe, P.J., & O'Driscoll, M.P. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Crouter, A.C., Bumpus, M.F., Maguire, M.C., & McHale, S.M. (1999). Linking parents' work pressure and adolescents' well being: Insights into dynamics in dual earner families. *Developmental Psychology*, 35(6), 1453–1461.
- DeCoster, J. (2002). Using ANOVA to examine data from groups and dyads. Retrieved 6 February 2008 from <http://www.stat-help.com/notes.html>
- Demerouti, E. (1999). *OLBI: Oldenburger Burnout Inventar* [Oldenburg Burnout Inventory]. Frankfurt a.M.: Lang.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments. A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 12–23.
- Demerouti, E., Bakker, A., & Schaufeli, W. (2005). Spillover and crossover of exhaustion and life satisfaction among dual earner parents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 266–289.
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126.
- Edwards, J.R., & Rothbard, N.P. (2000). Mechanisms linking work and family: Clarifying the relationship between work and family constructs. *Academy of Management Review*, 25(1), 178–199.

## 88 SCHAER ET AL.

- Gottman, J.M. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grzywacz, J.G., & Marks, N.F. (2001). Social inequalities and exercise during adulthood: Toward an ecological perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 202–220.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Ledermann, T., Bodenmann, G., & Cina, A. (2007). The efficacy of the couples coping enhancement training (CCET) in improving relationship quality. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(8), 940–959.
- Little, R.J.A., & Rubin, D.B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd edn.). New York: John Wiley.
- Markman, H.J., Renick, M.J., Floyd, F.J., Stanley, S.M., & Clements, M. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4- and 5-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 70–77.
- Markman, H.J., Stanley, S.M., Blumberg, S.L., Jenkins, N., & Whitely, C. (2004). *12 hours to a great marriage*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Martin, A.J., & Sanders, M.R. (2003). Balancing work and family: A controlled evaluation of the Triple P-Positive Parenting Program as a work-site intervention. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(4), 161–169.
- Matthews, R.A., Del-Priore, R.E., Acitelli, L.K., & Barnes-Farrell, J.L. (2006). Work-to-relationship conflict: Crossover effects in dual-earner couples. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(3), 228–240.
- Mohr, G., Mueller, A., & Rigotti, T. (2005). Normwerte der Skala Irritation: Zwei Dimensionen psychischer Beanspruchung [Test norms for the Irritations-Skala (Irritation Scale): Two dimensions of mental strain]. *Diagnostica*, 51(1), 12–20.
- Mohr, G., Rigotti, T., & Mueller, A. (2005). Irritation—ein Instrument zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext. Skalen- und Itemparameter aus 15 Studien [Irritation, an instrument assessing mental strain in work contexts: Scale and item parameters from 15 studies]. *Zeitschrift fuer Arbeits und Organisationspsychologie*, 49(1), 44–48.
- Neff, L.A., & Karney, B.R. (2007). Stress crossover in newlywed marriage: A longitudinal and dyadic perspective. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 594–607.
- Peeters, M.C.W., Montgomery, A.J., Bakker, A.B., & Schaufeli, W.B. (2005). Balancing work and home: How job and home demands are related to burnout. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 43–61.
- Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping, and health: A situation-behavior approach. Theory, methods, applications*. Bern: Hogrefe & Huber.
- Pihet, S., Bodenmann, G., Cina, A., Widmer, K., & Shantinath, S. (2007). Can prevention of marital distress improve well-being? A 1 year longitudinal study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(2), 79–88.
- Repetti, R.L. (1989). Effects of daily workload on subsequent behavior during marital interaction: The roles of social withdrawal and spouse support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 651–659.
- Repetti, R.L., & Wood, J. (1997). Effects of daily stress at work on mothers' interactions with preschoolers. *Journal of Family Psychology*, 11(1), 90–108.

## BALANCING WORK AND RELATIONSHIP 89

- Rogers, S.J., & May, D.C. (2003). Spillover between marital quality and job satisfaction: Long-term patterns and gender differences. *Journal of Marriage and Family*, 65(2), 482–495.
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between nonwork and work. *Journal of Applied Psychology*, 88(3), 518–528.
- Stanley, S.M., Allen, E.S., Markman, H.J., Saiz, C.C., Bloomstrom, G., Thomas, R., Schumm, W.R., & Bailey, A.E. (2005). Dissemination and evaluation of marriage education in the army. *Family Process*, 44(2), 187–201.
- Story, L.B., & Repetti, R. (2006). Daily occupational stressors and marital behavior. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 690–700.
- van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W.B., Schene, A.H., & van Dijk, F.J.H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270–276.
- Widmer, K., Cina, A., Charvoz, L., Shantinath, S., & Bodenmann, G. (2005). A model dyadic-coping intervention. In T. Revenson, G. Bodenmann, & K. Kayser (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 159–174). Washington, DC: American Psychological Association.



### 2.3.2 Studie 2: Auffrischkungskurse bei der Prävention von Beziehungsstörungen: Wer nimmt teil, wer profitiert?

Autoren Marcel Schär, Guy Bodenmann

Status publiziert (2007)

Zeitschrift Verhaltenstherapie, 17, 251 - 260

#### Abstract

*Theoretischer Hintergrund:* Die Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Paarinterventionen ist gut dokumentiert, allerdings sind die positiven Effekte auf die erlernten Kompetenzen und auf die Partnerschaftszufriedenheit oftmals nicht dauerhaft. Durch den Einsatz von Auffrischungssitzungen konnten erste positive Ergebnisse bezüglich der Stabilität der Effekte gemessen werden. Allerdings ist noch unklar, ob Paare, bei denen der Besuch solcher Auffrischkungskurse aufgrund eines hohen Trennungsrisikos indiziert wäre, diese in der klinischen Praxis auch wirklich besuchen.

*Methode:* In der vorliegenden 2-Jahres-Längsschnittstudie besuchten Paare ( $N = 101$ ) einen Basiskurs zur Prävention von Beziehungsstörungen und konnten anschliessend zu verschiedenen Zeitpunkten freiwillig an Auffrischkungskursen teilnehmen.

*Ergebnisse:* Paare mit und ohne Auffrischkungskurse unterschieden sich bezüglich scheidungsrelevanter Variablen zu Beginn der Studie nicht wesentlich voneinander. Die Vorhersage ob die Paare einen Auffrischkungskurs besuchten oder nicht, erwies sich als schwierig. Paare mit Auffrischkungskurs konnten allerdings die Verbesserungen nach dem Basiskurs länger aufrechterhalten. Innerhalb der Gruppe mit Auffrischkungskursen zeigte sich, dass Paare, die erst den zweiten Termin für einen Auffrischkungskurs in Anspruch nahmen, höhere Werte in der Partnerschaftszufriedenheit und dem dyadischen Coping aufwiesen, als die Paare, die den erstmöglichen Termin beanspruchten.

*Schlussfolgerung:* Da viele Paare die Auffrischungssitzungen nicht besuchten, obschon dies indiziert gewesen wäre, müssen die Bemühungen verstärkt werden, vor allem auch solche Paare für die Teilnahme an Auffrischungssitzungen zu gewinnen.





## © Free Display Copy – for personal use only

ANY DISTRIBUTION OF THIS ARTICLE WITHOUT WRITTEN CONSENT FROM S. KARGER GmbH, FREIBURG, IS A VIOLATION OF THE COPYRIGHT. Written Permission to distribute the PDF will be granted against payment of a permission fee, which is based on the number of accesses required. Please contact [e.zimmermann@karger.de](mailto:e.zimmermann@karger.de)

# Auffrischkungskurse bei der Prävention von Beziehungsstörungen: Wer nimmt teil, wer profitiert?\*

Marcel Schaer · Guy Bodenmann

Universität Fribourg, Schweiz

## Schlüsselwörter

Auffrischkungskurs · Boostersession · Eheprobleme · Prävention · Partnerschaft · Intervention

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Paarinterventionen ist gut dokumentiert, die erlernten Kompetenzen und die verbesserte Partnerschaftszufriedenheit sind jedoch oftmals nicht von Dauer. Durch Auffrischkungssitzungen konnten erste positive Ergebnisse bei der Stabilität der Effekte gemessen werden. Allerdings ist noch unklar, ob Paare, bei denen solche Auffrischkungskurse aufgrund eines hohen Trennungsrisikos indiziert wären, diese auch wirklich besuchen. **Probanden und Methode:** In der vorliegenden 2-Jahres-Längsschnittstudie besuchten Paare (N = 101) einen Basiskurs zur Prävention von Beziehungsstörungen (Couples Coping Enhancement Training, CCET) und konnten anschließend zu verschiedenen Zeitpunkten freiwillig an Auffrischkungskursen teilnehmen. Behandlungseffekte wurden mithilfe multivariater Varianzanalysen und Diskriminanzanalysen ausgewertet. **Ergebnisse:** Paare mit und ohne Auffrischkungskurse unterschieden sich bezüglich scheidungsrelevanter Variablen zu Beginn der Studie nicht wesentlich voneinander. Die Vorhersage, ob die Paare einen Auffrischkungskurs besuchen würden oder nicht, erwies sich als schwierig. Paare mit Auffrischkungskurs konnten allerdings die Verbesserungen nach dem Basiskurs länger aufrechterhalten. Innerhalb der Gruppe mit Auffrischkungskursen zeigte sich, dass die Paare, die erst den zweiten Termin für einen Auffrischkungskurs in Anspruch nahmen, höhere Werte in der Partnerschaftszufriedenheit und im dyadischen Coping aufwiesen, als die Paare, die den erstmöglichen Termin beanspruchten. **Schlussfolgerung:** Da viele Paare die Auffrischkungssitzungen nicht besuchten, obschon dies indiziert gewesen wäre, müssen die Bemühungen verstärkt werden, diese Paare für die Teilnahme an Auffrischkungssitzungen zu gewinnen.

## Key Words

Booster session · Marital distress · Prevention · Couples · Intervention

## Summary

*Booster Sessions in Marital Prevention Programs: Who Comes, Who Profits?*

**Background:** The efficacy of marital distress prevention programs is well documented. Yet, acquired skills and the improved marital satisfaction often do not remain stable over time. Booster sessions were shown to be effective to maintain the effects of such programs. Nevertheless, it is unknown if couples that are at increased risk to separate and would therefore require booster sessions most, in fact attend them. **Participants and Methods:** In this 2-year longitudinal study, 101 couples participated in a marital distress prevention program (Couples Coping Enhancement Training, CCET) and were given the opportunity to voluntarily participate in subsequent booster sessions at different points in time. Treatment effects were analyzed by means of Manovas and discriminant analyses. **Results:** Prediction of the attendance to booster sessions proved to be difficult. Yet, couples who attended booster sessions could maintain the positive effects of the training for longer periods of time. Among the group that attended the booster sessions, it appeared that those couples who had engaged in the second wave of booster sessions, scored higher on relationship satisfaction and dyadic coping, compared to those couples who had participated in the first wave of booster sessions already. **Conclusion:** As many couples did not participate in any of the booster sessions, even though this might have been good advice, efforts should be increased to encourage couples to participate in booster sessions.

\*Die Studie wurde vom Schweizerischen Nationalfonds (Projekt Nr. 114-046820.96/1) finanziell unterstützt.

## Einführung

Die Wirksamkeit von kognitiv-behavioralen Interventionen im Rahmen der Prävention und Therapie bei Paaren ist gut dokumentiert [vgl. Metaanalysen von Shadish und Baldwin, 2003, 2005]. Die Studien zeigen, dass durch eine zeitlich begrenzte Intervention für eine gewisse Zeit (meistens Follow-up-Studien zwischen 6 Monaten und 1 Jahr) positive Veränderungen in den erlernten Kompetenzen und der Partnerschaftszufriedenheit erzielt werden können. Längere Follow-up-Untersuchungen zeigen dagegen, dass diese Verbesserungen selten über die Zeit stabil bleiben [Bodenmann et al., 2006a; Carlson und Ellis, 2004; Christensen et al., 2006; Christensen und Heavey, 1999], und nur wenige Studien untersuchen die Frage, wie diese Kompetenzveränderungen im Paar längerfristig aufrechterhalten werden können [Braukhaus et al., 2003].

Eine Möglichkeit, die erlernten Paarkompetenzen im Alltag zu bewahren, ist der Besuch von Auffrischungssitzungen. Dies sind Sitzungen, die nach Ende der Intervention erfolgen und dazu dienen, die erlernten Kompetenzen zu stärken und aufzufrischen. Diese Strategie wird im individuellen therapeutischen Setting seit längerer Zeit eingesetzt und hat sich größtenteils bewährt [z.B. Whisman, 1990]. Im Rahmen verhaltenstherapeutischer Paarinterventionen wurden Auffrischkurse erfolgreich bei Therapien mit Suchtpatienten und ihren Partnern eingesetzt [O'Farrell et al., 1998].

Auch bei Paarinterventionen zur Prävention von Beziehungsstörungen wurden positive Effekte von Auffrischkursen festgestellt. Diese führten 6 Monate [Ryan, 2001] respektive 1 Jahr nach der Intervention [Braukhaus et al., 2001, 2003] zu einer Verbesserung der Effektivität des Trainings. Bei den Paaren mit Auffrischkursen konnten eine deutliche Steigerung der Partnerschaftsqualität und eine Reduktion der Konfliktbelastung gemessen werden [Braukhaus et al., 2001, 2003].

In den bisherigen Studien wurde die Wirksamkeit (Efficacy) der Auffrischkurse jeweils mittels einer randomisierten Zuteilung der Teilnehmer auf die verschiedenen Gruppen untersucht, wobei die Auffrischkurse einen festen Bestandteil der Basisintervention darstellten. Da Störvariablen so am besten kontrolliert werden können, sind solche randomisiert-kontrollierte Studien der goldene Standard in der Therapieevaluationsforschung. Allerdings hat dieses Vorgehen eine Reihe von Nachteilen [z.B. Kriz, 2004; Lincoln et al., 2005; Tschuschke, 2005]. Es berücksichtigt z.B. nicht, für welche Bedingung sich die Probanden in einer natürlichen, außerexperimentellen Situation von sich aus entschieden hätten. Da jedoch solche Auffrischkurse für Paare in der Praxis höchstens als Zusatz angeboten werden, ist für die Beurteilung ihrer Praxistauglichkeit [vgl. Begriff der «effectiveness» von Seligman, 1995], neben dem Nachweis der Wirksamkeit, auch wichtig zu wissen, ob sie überhaupt und von wem sie besucht werden. Denn auch die effektivsten Auffri-

schungssitzungen können bei mangelndem Interesse der Zielgruppe, in diesem Fall Paaren mit hohem Trennungsrisiko, nicht die erwünschte Wirkung erzielen.

Die vorliegende Studie untersucht, ob sich Paare, die an Wiederholungskursen teilnehmen, von Paaren, die nicht an Wiederholungskursen teilnehmen, bezüglich Variablen, die mit Trennung assoziiert sind, unterscheiden. Als relevante Risikofaktoren für eine Trennung werden in der Literatur unter anderem ein hohes allgemeines Stressniveau, eine geringe Partnerschaftszufriedenheit, geringes Einkommen, geringes Alter [z.B. Karney und Bradbury, 1995] und mangelnde Fertigkeiten im dyadischen Coping diskutiert [Bodenmann, 2006]. In die Analysen wurden als weitere möglicherweise relevante Variablen auch die Partnerschaftsdauer und die Anwendungshäufigkeit der erlernten Elemente einbezogen.

Für den Vergleich zwischen Paaren mit und ohne Auffrischkursen sind bezüglich jeder Variable grundsätzlich drei verschiedene Ergebnismuster möglich [vgl. Sullivan und Bradbury, 1997]: Gemäß dem *Kompensationsmodell* nehmen vor allem Paare mit hohem Scheidungsrisiko an Auffrischkursen teil. Gemäß dem *Maximierungsmodell* besuchen dagegen vor allem diejenigen Paare Auffrischkurse, die sich konstant um die Pflege und Optimierung ihrer Beziehung bemühen und ein geringes Risiko für Partnerschaftsprobleme mit sich bringen. Gemäß dem *Nullmodell* würden sich Paare mit und ohne Auffrischkurse nicht voneinander unterscheiden. Hier gäbe es also keine eindeutigen Prädiktoren, welche Paare solche Angebote in Anspruch nehmen und welche nicht. Dieses Modell wäre nicht problematisch, wenn insgesamt sehr viele Paare Auffrischkurse in Anspruch nähmen, da in diesem Fall auch viele Risikopaare die Möglichkeit einer weiteren Festigung ihrer Paarkompetenzen beanspruchten. Sullivan und Bradbury [1997] fanden in ihren Untersuchungen bezüglich der freiwilligen Inanspruchnahme von präventiven Paarinterventionen vor allem das Maximierungs- und das Nullmodell bestätigt. Eine Überprüfung dieser drei Modelle im Rahmen von Auffrischkursen erfolgte bislang nicht.

### Zu untersuchende Fragen

1a. Lässt sich mittels der genannten Prädiktoren zum Prä- und Post-Zeitpunkt vorhersagen, welche Paare nach dem Basiskurs einen Auffrischkurs besuchen?

Möglicherweise unterscheiden sich Paare mit und ohne Auffrischkurse nicht, respektive nicht nur in den Prä- und Postwerten. Es ist anzunehmen, dass Paare von zusätzlichen Auffrischkursen profitieren, indem sie die positiven Veränderungen, die durch den Basiskurs erreicht wurden, länger aufrechterhalten können.

1b. Unterscheiden sich Paare mit und ohne Auffrischkurse in den relevanten Risikofaktoren im Verlauf des Untersuchungszeitraums von 2 Jahren?

Auch innerhalb der Gruppe mit Auffrischkursen könnten sich die Paare nach den oben genannten Modellen richten.



Das heißt, Paare, welche ungünstigere Werte in den scheidungsrelevanten Variablen aufweisen, würden gemäß dem Kompensationsmodell früher und häufiger Auffrischkurse besuchen als Paare mit günstigen Werten. In einem zweiten Schritt wurden somit die Paare mit Auffrischungssitzungen differenzierter untersucht. Hier ist die Frage, ob sich Paare in den relevanten Risikovariablen unterscheiden, je nachdem wann und wie oft sie Auffrischkurse besuchen.

2a. Mit welchen Risikovariablen zum Prä- und Post-Zeitpunkt lässt sich die Gruppenzugehörigkeit innerhalb der Paare mit Auffrischungssitzungen vorhersagen?

2b. Unterscheiden sich Paare in den relevanten Variablen im Laufe des Untersuchungszeitraum von 2 Jahren, je nachdem wann und wie oft sie Auffrischkurse besuchten?

## Methode

### Stichprobe

An der Intervention nahmen 122 Paare teil. Die Dropout-Rate über den gesamten Verlauf der Studie von 2 Jahren betrug 17% (21 Paare). In die vorliegenden Analysen wurden somit die Daten von 101 Paaren einbezogen, wovon 37 Paare (37%) an Auffrischkursen teilnahmen. 10 Paare (28%) besuchten nur den ersten, 14 (38%) nur den zweiten und 13 Paare (35%) besuchten beide Auffrischkurse. Das Durchschnittsalter der Männer betrug 41,3 Jahre ( $SD = 7,5$ ; Range 25–60), die Frauen waren im Mittel 39,2 Jahre alt ( $SD = 7,5$ ; Range 22–62). Die Mehrzahl der Paare war verheiratet (77%). Die durchschnittliche Beziehungsdauer betrug zum Erhebungszeitpunkt 13,8 Jahre ( $SD = 8,8$ ; Range 0,9–42). Von den untersuchten Paaren hatten 75% Kinder. Die Probanden hatten eine durchschnittliche bis höhere Schulbildung (Männer: Hochschule = 44,2%, Mittelschule = 17,9%, Berufslehre = 33,7%, Hauptschule = 4,2%; Frauen: Hochschule = 25,8%, Mittelschule = 27,8%, Berufslehre = 34%, Hauptschule = 12,4%). Die Partnerschaftszufriedenheit [PFB; Hahlweg, 1996] vor der Intervention lag bei den Frauen im Mittel bei 57,4 ( $SD = 11,9$ ; Range 30–83), bei den Männern im Mittel bei 55,5 ( $SD = 11,7$ ; Range 26–78). 49% aller Paare wiesen eine niedrige Zufriedenheit in der Partnerschaft auf (gemäß Cutoff-Wert von Hahlweg [1996]), davon besuchten 38,8% (19 Paare) einen Auffrischkurs. Von den 51% der zufriedenen Paare nahmen 34,6% (18 Paare) an mindestens einem Auffrischkurs teil. Somit gaben von den Paaren mit Auffrischungssitzungen fast 50% einen PFB-Wert unter dem Cutoff einer zufriedenen Partnerschaft an.

Die Stichprobenrekrutierung zur Teilnahme an der Studie erfolgte durch das Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Fribourg, Schweiz, anhand von Zeitungsartikeln und -inseraten. Obschon die Ausschreibung der Studie im Sinne der universellen Prävention alle Paare ansprechen sollte, haben sich schließlich vor allem Paare angemeldet, die aufgrund der niedrigen Partnerschaftszufriedenheit sensibilisiert für Partnerschaftsprobleme waren (indizierte Prävention).

### Untersuchungsdesign

Die vorliegende Studie umfasste mit 5 Messzeitpunkten einen Zeitraum von 2 Jahren: Prä-Test (2 Wochen vor der Basisintervention), Post-Test (2 Wochen nach der Basisintervention), Follow-up 1 (nach 6 Monaten), Follow-up 2 (nach 1 Jahr) und Follow-up 3 (nach 2 Jahren). Nach der Basisintervention wurde allen Paaren schriftlich mitgeteilt, dass sie die Möglichkeit hätten, an einem oder mehreren Auffrischkursen (nach 3–6 Monaten und/oder nach 9–12 Monaten) teilzunehmen.

### Fragebögen

*Demographische Angaben:* Als Hintergrundinformationen wurden Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beziehungsdauer, Kinderzahl, Ausbildung, Beruf und Beschäftigungsgrad erfasst.

*Partnerschaftsfragebogen (PFB):* Der PFB [Hahlweg, 1996] (31 Items; 4-stufige Likertskala) dient zur Erfassung der Partnerschaftszufriedenheit. Die interne Konsistenz ist gut bis sehr gut (Gesamtwert Cronbachs  $\alpha = 0,95$ ). Die Retest-Reliabilität über 6 Monate liegt zwischen ausreichend und gut (Gesamtwert  $\alpha = 0,85$ ). Ein Gesamtwert im PFB von  $>54$  gilt als Cutoff-Wert für eine zufriedenstellende Partnerschaft, Werte darunter deuten auf eine unbefriedigende Partnerschaft hin.

*Dyadisches Coping (FDCT-N):* Um den dyadischen Umgang der Paare mit Stress zu erfassen, wurde der FDCT-N von Bodenmann [2000b] verwendet (41 Items; 5-stufige Likertskala). Bei diesem werden Verhaltensweisen der einzelnen Partner, aber auch gemeinsame Verhaltensweisen des Paares erfasst. Die interne Konsistenz ( $\alpha = 0,66$ – $0,94$ ) und die Retest-Reliabilität ( $\alpha = 0,63$ – $0,83$ ) sind befriedigend bis gut. Der Fragebogen wurde vor Kurzem in einer verbesserten, leicht gekürzten Version und unter neuem Namen publiziert [DCI, dyadisches Coping Inventar; Bodenmann, 2007].

*Fragebogen zum Allgemeinen Stressniveau (ASN):* Der ASN [Bodenmann, 2000b] (17 Items; 5-stufige Likertskala) erfasst den aktuellen Stress in verschiedenen Bereichen (z.B. Wohlbefinden, soziale Kontakte usw.) in Bezug auf seine aktuelle Belastung hin (d.h. innerhalb der letzten Woche). Cronbachs Alpha der Gesamtskala beträgt  $\alpha = 0,84$ .

*Fragebogen zur Anwendungshäufigkeit:* Die Anwendungshäufigkeit wurde erfasst, indem nachgefragt wurde, welche der gelernten Trainingselemente die Paare nach dem Kurs noch anwenden und wie oft (13 Items; 4-stufige Likertskala von «gar nicht» bis «meistens»).

### Intervention

Als Basisintervention wurde das Freiburger Stresspräventionstraining für Paare (FSPT) von Bodenmann [2000a] eingesetzt. Grundlage des FSPT ist das dyadische Coping, ein systemisch-prozessualer Ansatz zur Bewältigung von Stress in der Partnerschaft [Bodenmann, 2000b]. Das Training wird üblicherweise an einem Wochenende (16 Stunden) als Gruppenkurs angeboten und umfasst sechs Module: 1. Was ist Stress? 2. Individueller Umgang mit Stress, 3. Stressbewältigung als Paar, 4. Kommunikation in der Partnerschaft, 5. Gerechtigkeit und Fairness, 6. Effektive Problemlösung. Die Wirksamkeit des FSPT wurde in mehreren Längsschnittuntersuchungen nachgewiesen [z.B. Bodenmann et al., 2006b; Bodenmann und Shantinath, 2004], wobei die partnerschaftlichen Kompetenzen (z.B. dyadisches Coping), aber auch die Partnerschaftszufriedenheit bis zu 1 Jahr nach der Intervention signifikant verbessert waren. 2 Jahre nach der Intervention wurden abgeschwächte Effekte beobachtet. Als Ergänzung zum Training und zur Stabilisierung der erreichten Verbesserungen wurden 1-tägige Auffrischkurse konzipiert, welche wiederum als Gruppenkurse angeboten wurden. Neben einer kurzen Wiederholung der wichtigsten theoretischen Inhalte (individuelle und gemeinsame Stressbewältigung), wurden pro Paar drei Kommunikationsübungen durchgeführt. Die Paare konnten über eine paarexterne oder -interne Belastung sprechen und wurden dabei durch lizenzierte Trainer gecoacht (1 Trainer auf 2 Paare). Für das Basistraining zahlten die Paare 200,- EUR, für die nachfolgenden Auffrischkurse je 100,- EUR. Sowohl die Stresspräventionskurse als auch die Auffrischungssitzungen wurden von erfahrenen und langjährigen FSPT-Trainer durchgeführt (in der Regel Psychologen).

## Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der oben genannten Fragen. Mittels einer schrittweisen Diskriminanzanalyse wurde überprüft, ob die Zugehörigkeit zu den

**Tab. 1.** Akkuratheit der Klassifikation durch die ermittelte Diskriminanzfunktion

Beobachte Gruppen- zugehörigkeit	n	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit				
		AK nein	AK ja	1. AK	2. AK	1. und 2. AK
<i>a) Gruppenzugehörigkeit zwischen Paaren mit und ohne AK<sup>a</sup></i>						
AK nein	63	37 (58%)	26	–	–	–
AK ja	37	12	25 (68%)	–	–	–
<i>b) Gruppenzugehörigkeit innerhalb der Paare mit AK<sup>b</sup></i>						
1. AK	10	–	–	7 (70%)	1	2
2. AK	14	–	–	3	9 (64%)	2
Beide AK	13	–	–	2	3	8 (62%)

AK = Auffrischkurs.

<sup>a</sup> 62,0% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert (Zufall 50%).

<sup>b</sup> 64,9% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert (Zufall 33,3%).

Gruppen (Fragen 1a und 2a) durch die Werte vor und direkt nach dem Basiskurs (Prä und Post) vorhergesagt werden kann. Bei Frage 1a hätte auch eine schrittweise logistische Regression durchgeführt werden können, allerdings nicht bei Frage 2a (wegen der kategorialen abhängigen Variablen). Für die Berechnung der Analyse wurden als Prädiktoren die Partnerschaftsqualität (PFB-Gesamtscore), das dyadische Coping (FDCT-N-Gesamtscore), das allgemeine Stressniveau, die Anwendungshäufigkeit sowie demographische Variablen (Alter, Partnerschaftsdauer, Einkommen) zu den Messzeitpunkten Prä und Post jeweils für Mann und Frau eingeführt. Für die anschließenden Verlaufsanalysen (Fragen 1b und 2b) wurden multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt (Within-Faktoren: Geschlecht und Zeit; Between-Faktor: Gruppe) und die dazugehörigen Effektgrößen (Cohens d) zwischen und innerhalb der Gruppe berechnet.

#### 1a. Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit

Um die Zugehörigkeit zur Gruppe mit und ohne Auffrischkurse vorherzusagen, wurde in die resultierende Funktion der schrittweisen Diskriminanzanalyse lediglich die Variable «allgemeines Stresslevel (ASN)» des Mannes (E: 1,00) vor dem Basiskurs (Prä-Messung) einbezogen. Die damit aufgeklärte Varianz (6%) ist allerdings sehr gering. Aufgrund der Werte vor und nach dem Basiskurs (Prä und Post) kann somit nicht gut vorhergesagt werden, ob die Paare einen Auffrischkurs besuchen oder nicht (kanonische Korrelation  $R = 0,25$ ;  $\lambda = 0,94$ ,  $\chi^2 (1 / 101) = 6,42$ ;  $p = 0,01$ ; 62% der Fälle korrekt zugeordnet; Zuordnung per Zufall: 50%;  $Z = 2,4$ ;  $p > 0,05$ ) (Tab. 1a).

#### 1b. Unterschiede im Verlauf zwischen Paaren mit und ohne Auffrischkursen

**Partnerschaftszufriedenheit und dyadisches Coping:** Die Partnerschaftszufriedenheit stieg direkt nach dem Basiskurs für alle Paare signifikant an (Prä – Post:  $F (1/99) = 12,42$ ;  $p > 0,01$ ; Abb. 1), Paare mit und ohne Auffrischkurse unterschieden sich dabei nicht voneinander. Ein signifikanter Interak-

tionseffekt (Zeit  $\times$  Gruppe) zwischen den Gruppen wurde zwischen Prä resp. Post und dem ersten Follow-up nach 6 Monaten und für die Frauen bis zum zweiten Follow-up nach 12 Monaten gefunden (Tab. 2). Im Gegensatz zu Paaren mit Auffrischkursen konnten Paare ohne Auffrischkurse die Verbesserung in der Partnerschaftszufriedenheit, die nach dem Grundkurs (Prä und Post) gemessen wurde, nicht über längere Zeit aufrechterhalten. Bei den Frauen zeigte sich das gleiche Muster im dyadischen Coping: Während die Frauen mit Auffrischkursen einen Anstieg des dyadischen Copings angaben, reduzierte sich dieses bei den Frauen ohne Auffrischkurs wiederum (Tab. 2). Nach 1 Jahr verschlechterten sich allerdings auch die Paare mit Auffrischkursen wieder, so dass nach 2 Jahren kein signifikanter Zeit  $\times$  Gruppeneffekt mehr gemessen werden konnte. Das heißt, Paare mit und ohne Auffrischkurse unterschieden sich zwar im Verlauf der 2 Jahre, aber nicht zu Beginn und zum Ende des Untersuchungszeitraums (Tab. 2; Einzelvergleich PFB Prä: Männer  $F (1/99) = 0,00$ ,  $p = \text{n.s.}$ ; Frauen:  $F (1/99) = 1,0$ ,  $p = \text{n.s.}$ ; Follow-up 3: Männer  $F (1/99) = 0,00$ ,  $p = \text{n.s.}$ ; Frauen:  $F (1/99) = 1,22$ ,  $p = \text{n.s.}$ ; FDCT-N Prä: Männer  $F (1/99) = 0,64$ ,  $p = \text{n.s.}$ ; Frauen:  $F (1/99) = 0,80$ ,  $p = \text{n.s.}$ ; Follow-up 3: Männer  $F (1/99) = 0,40$ ,  $p = \text{n.s.}$ ; Frauen:  $F (1/99) = 0,24$ ,  $p = \text{n.s.}$ ).

**Stressniveau:** Männer, die keinen Auffrischkurs besuchten, gaben signifikant mehr Stress an als Männer mit Auffrischkursen. Bei den Frauen konnte kein Gruppeneffekt beobachtet werden, sie gaben aber insgesamt mehr Stress an als die Männer (Tab. 2).

**Anwendungshäufigkeit:** Paare mit Auffrischkursen wendeten die erlernten Elemente häufiger an als Paare ohne Wiederholungskurse. Bei Frauen konnte dieser Unterschied bereits direkt nach dem Basiskurs gemessen werden (Einzelvergleich Post: Männer:  $F (1/99) = 0,42$ ,  $p = \text{n.s.}$ ; Frauen:  $F (1/99) = 2,14$ ,  $p > 0,10$ ). Während die Anwendungshäufigkeit bei den Paaren ohne Auffrischkurs nach der Post-Messung eher abnahm, gaben die Paare mit Auffrischkursen an, die erlernten Elemente vermehrt anzuwenden (Tab. 2).

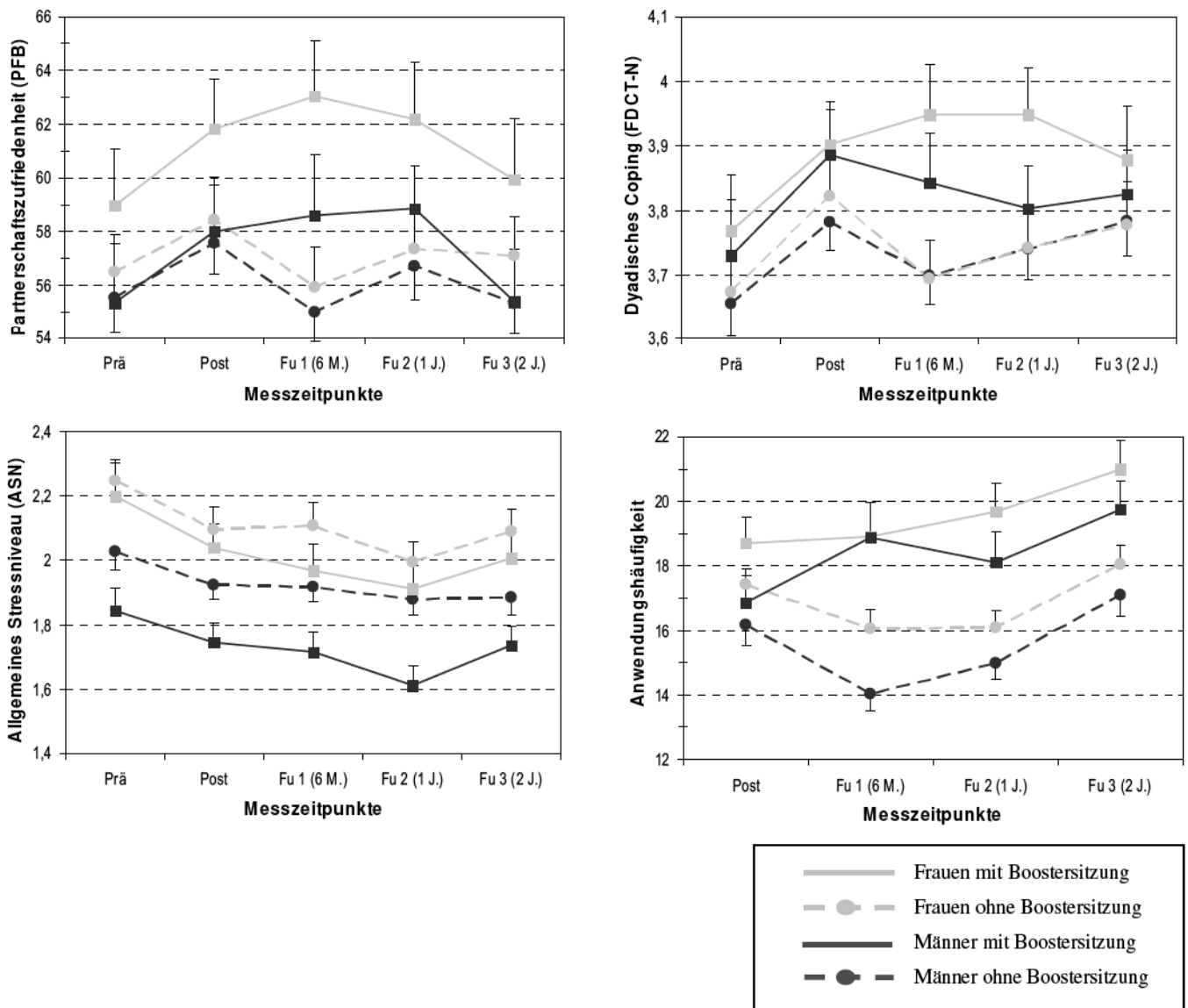


Abb. 1. Verlauf von Partnerschaftszufriedenheit, dyadischem Coping, allgemeinem Stressniveau und Anwendungshäufigkeit (M  $\pm$  SD).

**Demographische Variablen:** Gruppenunterschiede bezüglich der Ehe- ( $F(1/99) = 1,66$ ,  $p = \text{n.s.}$ ) respektive Partnerschaftsdauer ( $F(1/99) = 1,12$ ,  $p = \text{n.s.}$ ) wurden nicht gefunden. Paare mit Auffrischkursen waren jedoch älter (Männer:  $F(1/99) = 3,20$ ,  $p > 0,05$ ; Frauen:  $F(1/99) = 3,99$ ,  $p > 0,05$ ) und gaben tendenziell ein höheres Einkommen an (Männer:  $F(1/99) = 2,5$ ,  $p > 0,10$ ; Frauen:  $F(1/99) = 5,49$ ,  $p > 0,05$ ).

#### 2a. Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit der Paare mit Auffrischkursen

Wie die vorhergehenden Analysen zeigten, unterschieden sich die Gruppen nicht bei der Prä- und Postmessung, sondern erst im späteren Verlauf. In einem zweiten Schritt wurde untersucht, ob sich Paare mit Auffrischungssitzungen unterschieden, je nachdem wann und wie oft sie an Auffrischkursen teilnahmen (Tab. 3 und 4).

Für die Voraussage der Gruppenzugehörigkeit innerhalb von Paaren mit Auffrischkursen wurden die gleichen Parameter verwendet wie bereits für die Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit von Paaren mit und ohne Auffrischkursen. Als Ergebnis der schrittweisen Diskriminanzanalyse wurden in die Regressionsfunktion die Partnerschaftsqualität ( $E_1: 0,946$ ;  $E_2: -0,455$ ) und das allgemeine Stressniveau ( $E_1: 0,721$ ;  $E_2: -0,763$ ) der Frau vor dem Basiskurs (Prä) aufgenommen. Insgesamt konnten hier 64,9% aller Fälle korrekt zugeordnet werden (Zufall: 33,3%;  $Z = 4,06$ ;  $p > 0,01$ ) (Tab. 1b), die aufgeklärte Varianz liegt bei 28%. Durch die beiden Prädiktoren gelingt eine signifikante Trennung zwischen den Gruppen (Funktion 1 bis 2:  $\lambda = 0,67$ ,  $\chi^2(4/37) = 13,32$ ,  $p = 0,01$ ; Funktion 2:  $\lambda = 0,94$ ,  $\lambda^2(1/37) = 2,18$ ,  $p = 0,14$ ).

Da hier drei Gruppen vorhergesagt werden, resultieren zwei Funktionen. Die erste Funktion trennt vor allem zwischen



**Tab. 2. a** Multivariate Varianzanalyse und Kontraste (F-Statistik, Effektgröße und p-Wert) mit Within-Faktoren Geschlecht und Zeit und dem Between-Faktor Gruppe (Auffrischungskurse AK: ja oder nein), **b** Effektgrößen (Cohens d) für Unterschiede zwischen Gruppen, **c** Effektgrößen (Cohens d) für Unterschiede innerhalb Gruppen

a Multivariate Varianzanalyse		PFB		FDCT-N		ASN		Anwendung	
		F	$\eta^2$	F	$\eta^2$	F	$\eta^2$	F	$\eta^2$
	Haupteffekt Zeit <sup>a</sup>	4,092**	0,040	6,142***	0,058	13 866***	0,137	2,636*	0,065
	Haupteffekt Gruppe	2,019°	0,020	2,588°	0,025	3,901*	0,043	7,900**	0,172
	Haupteffekt Geschlecht	7,530**	0,071	1,154	0,012	31 527***	0,266	0,323	0,008
	Gruppe × Geschlecht	2,596°	0,026	0,661	0,007	1,858	0,021	0,461	0,012
	Zeit × Geschlecht	0,442	0,004	0,518	0,021	0,731	0,008	2,668*	0,066
Mann	Haupteffekt Zeit <sup>a</sup>	3,574**	0,035	4,908***	0,047	6,802***	0,073	7,253***	0,068
	Haupteffekt Gruppe <sup>a</sup>	0,367	0,004	1,201	0,012	7,876**	0,083	9,96***	0,091
	Zeit × Gruppe <sup>b,c</sup>	1,608°	0,016	0,715	0,007	0,704	0,008	5,808***	0,055
	– Prä – Post <sup>a</sup>	0,134	0,001	0,162	0,002	0,008	0,000	–	–
	– Prä – Follow-up 1 <sup>a</sup> (6 M.)	5,098*	0,049	1,060	0,011	0,041	0,000	18 453*** <sup>d</sup>	0,157 <sup>d</sup>
	– Prä – Follow-up 2 <sup>a</sup> (1 J.)	1,587	0,016	0,035	0,000	1,116	0,013	3,183 <sup>d</sup>	0,031 <sup>d</sup>
	– Prä – Follow-up 3 <sup>a</sup> (2 J.)	0,015	0,000	0,181	0,002	0,197	0,002	0,215 <sup>d</sup>	0,002 <sup>d</sup>
Frau	Haupteffekt Zeit <sup>a</sup>	2,447*	0,024	3,968**	0,039	10 003***	0,103	5,058**	0,049 <sup>d</sup>
	Haupteffekt Gruppe <sup>a</sup>	3,615*	0,035	2,974	0,029	0,776	0,009	12,80***	0,115 <sup>d</sup>
	Zeit × Gruppe <sup>b,c</sup>	2,295*	0,023	1,974°	0,020	0,359	0,004	1,538	0,015
	– Prä – Post <sup>a</sup>	0,336	0,003	0,037	0,000	0,011	0,000	–	–
	– Prä – Follow-up 1 <sup>a</sup> (6 M.)	6,510**	0,062	3,413*	0,033	0,920	0,010	1,992 <sup>d</sup>	0,020 <sup>d</sup>
	– Prä – Follow-up 2 <sup>a</sup> (1 J.)	2,058°	0,020	1,711°	0,017	0,161	0,002	0,484 <sup>d</sup>	0,005 <sup>d</sup>
	– Prä – Follow-up 3 <sup>a</sup> (2 J.)	0,037	0,000	0,006	0,000	0,148	0,002	0,352 <sup>d</sup>	0,004 <sup>d</sup>
b Effektgröße zwischen Gruppen		PFB mit vs. ohne AK		FDCT-N mit vs. ohne AK		ASN mit vs. ohne AK		Anwendung mit vs. ohne AK	
Mann	Prä-Messung	–0,01		0,17		–0,44			
	Post-Messung	0,04		0,26		–0,51		0,13	
	Follow-up 1 <sup>a</sup> (6 M.)	0,32		0,33		–0,52		0,84	
	Follow-up 2 <sup>a</sup> (1 J.)	0,20		0,14		–0,89		0,60	
	Follow-up 3 <sup>a</sup> (2 J.)	0,01		0,10		–0,77		0,55	
Frau	Prä-Messung	0,21		0,19		–0,09			
	Post-Messung	0,32		0,18		–0,11		0,30	
	Follow-up 1 <sup>a</sup> (6 M.)	0,58		0,54		–0,28		0,52	
	Follow-up 2 <sup>a</sup> (1 J.)	0,41		0,57		–0,02		0,75	
	Follow-up 3 <sup>a</sup> (2 J.)	0,23		0,27		0,36		0,59	
c Effektgröße innerhalb Gruppen		PFB		FDCT-N		ASN		Anwendung	
		mit AK	ohne AK	mit AK	ohne AK	mit AK	ohne AK	mit AK	ohne AK
Mann	Prä – Post Messung	0,20	0,20	0,33	0,32	–0,24	–0,27	–	–
	Prä – Follow-up 1 <sup>a</sup> (6 M.)	0,24	–0,05	0,23	0,10	–0,31	–0,27	3,92	3,89
	Prä – Follow-up 2 <sup>a</sup> (1 J.)	0,30	0,11	0,15	0,21	–0,57	–0,08	4,41	4,39
	Prä – Follow-up 3 <sup>a</sup> (2 J.)	–0,21	–0,22	–0,15	–0,01	–0,02	0,38	0,56	0,18
Frau	Prä – Post Messung	0,24	0,18	0,29	0,31	–0,30	–0,31	–	–
	Prä – Follow-up 1 <sup>a</sup> (6 M.)	0,32	–0,05	0,36	0,04	–0,42	–0,28	4,09	4,79
	Prä – Follow-up 2 <sup>a</sup> (1 J.)	0,25	0,08	0,37	0,05	–0,55	–0,76	5,23	5,05
	Prä – Follow-up 3 <sup>a</sup> (2 J.)	–0,15	–0,12	–0,05	–0,15	–0,07	–0,57	0,44	0,15

<sup>a</sup> Freiheitsgrade df (Zähler/Nenner) Kontraste: df: 1/99.

<sup>b</sup> Freiheitsgradkorrektur nach Huynh-Feldt.

<sup>c</sup> Freiheitsgrade df (Zähler/Nenner) Faktor Zeit: PFB Mann df: 3,7/364,5, Frau df: 3,8/378,9; FDCT-N Mann df: 3,7/366,8, Frau df: 4/396; ASN Mann df: 3,7/319,2, Frau df: 3,8/334,3; Anwendung Mann df: 3/297, Frau df: 3/297.

<sup>d</sup> Bei der «Anwendung» sind anstelle der Prä-Messwerte die Post-Messwerte angegeben.

Deskriptive p-Werte: p° < 0,10; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

**Tab. 3.** Mittelwerte und Standardabweichung für die einzelnen Gruppen (nur 1. Auffrischkurs AK, nur 2. AK, beide AK).

			PFB		FDCT-N		ASN		Anwendung	
			M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Mann	Prä-Messung	1. AK	55,18	10,52	3,67	0,29	1,81	0,53	–	–
		2. AK	58,64	14,53	3,97	0,50	1,70	0,32	–	–
		Beide AK	52,00	14,22	3,51	0,60	2,02	0,45	–	–
	Post-Messung	1. AK	59,80	11,74	3,93	0,54	1,62	0,30	16,99	5,43
		2. AK	59,98	12,95	4,01	0,31	1,73	0,25	16,68	5,07
		Beide AK	54,46	12,33	3,72	0,42	1,86	0,48	16,94	4,92
	Follow-up 1 (6 M.)	1. AK	56,11	11,65	3,84	0,33	1,62	0,45	18,61	5,72
		2. AK	61,37	15,18	3,95	0,49	1,73	0,37	17,86	6,59
		Beide AK	57,50	14,06	3,73	0,51	1,78	0,37	20,16	8,03
	Follow-up 2 (1 J.)	1. AK	57,29	6,07	3,82	0,41	1,60	0,43	15,59	3,09
		2. AK	62,79	10,42	3,89	0,25	1,57	0,30	19,00	5,19
		Beide AK	55,85	10,31	3,69	0,53	1,67	0,39	19,06	7,57
	Follow-up 3 (2 J.)	1. AK	52,70	11,34	3,80	0,40	1,72	0,39	17,27	6,03
2. AK		60,63	11,33	3,96	0,38	1,64	0,31	20,35	4,36	
Beide AK		51,82	11,75	3,69	0,46	1,85	0,40	21,00	5,74	
Frau	Prä-Messung	1. AK	52,80	11,60	3,55	0,30	1,88	0,57	–	–
		2. AK	65,93	11,84	4,04	0,55	2,27	0,68	–	–
		Beide AK	56,18	12,24	3,64	0,54	2,38	0,47	–	–
	Post-Messung	1. AK	57,10	6,59	3,82	0,40	1,86	0,55	20,01	3,26
		2. AK	67,29	12,36	4,07	0,34	2,01	0,41	18,89	5,47
		Beide AK	59,53	11,19	3,78	0,43	2,21	0,36	17,48	5,19
	Follow-up 1 (6 M.)	1. AK	56,40	8,93	3,73	0,26	1,91	0,72	19,40	5,54
		2. AK	67,60	13,69	4,07	0,56	2,02	0,49	17,23	5,09
		Beide AK	63,27	12,21	3,99	0,46	1,96	0,37	20,32	8,45
	Follow-up 2 (1 J.)	1. AK	53,30	9,70	3,77	0,49	1,67	0,48	18,29	5,18
		2. AK	69,07	11,07	4,17	0,43	1,92	0,35	20,47	6,21
		Beide AK	61,63	12,73	3,85	0,35	2,09	0,43	19,88	4,56
	Follow-up 3 (2 J.)	1. AK	53,50	12,13	3,70	0,45	1,85	0,52	18,95	5,32
2. AK		65,21	10,52	4,16	0,46	1,85	0,48	21,62	4,67	
Beide AK		59,23	16,37	3,71	0,51	2,29	0,63	21,87	6,30	

Paaren mit dem ersten Auffrischkurs und den anderen Paaren, die zweite trennt zwischen Paaren mit einem und Paaren mit zwei Auffrischkursen (Funktion 1:  $R = 0,53$ ; entspricht 28% der aufgeklärten Varianz der Gruppenzuteilung; Funktion 2:  $R = 0,25$ ; entspricht 6,2% der aufgeklärten Varianz der Gruppenzuteilung; Gruppenzentroiden: Funktion 1: erster Auffrischkurs AK:  $-0,884$ ; zweiter AK:  $0,633$ ; beide AK:  $-0,001$ ; Funktion 2: erster AK:  $-0,184$ ; zweiter AK:  $-0,183$ ; beide AK:  $0,338$ ).

#### 2b. Unterschiede im Verlauf innerhalb der Paare mit Auffrischkursen

Die Frauen, die beide Auffrischkurse besuchten, gaben bis zum ersten Follow-up (direkt nach dem ersten Auffrischkurs) einen signifikant größeren Anstieg in der Partnerschaftszufriedenheit und im dyadischen Coping und eine größere Stressreduktion an, als die Frauen die nur einen Auffrischkurs besuchten (Interaktionseffekt Zeit  $\times$  Gruppe Prä – Follow-up 1 PFB:  $F(1/35) = 3,416$ ,  $p > 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,09$ ; dyadisches Coping:  $F(1/35) = 3,837$ ,  $p > 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,10$ , Stressniveau:  $F(1/35) = 3,141$ ,  $p > 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,08$ ). Das heißt, Frau-

en die nach dem ersten auch den zweiten Auffrischkurs besuchten, wiesen bis nach dem ersten Auffrischkurs größere positive Veränderungen in den relevanten Variablen auf. Paare, die beide Auffrischkurse besuchten, gaben zudem weniger Stress an als Paare mit nur einem Auffrischkurs (Haupteffekt:  $F(1/35) = 3,322$ ,  $p > 0,05$ ;  $\eta^2 = 0,09$ ).

Paare, die lediglich den zweiten Termin beanspruchten, gaben höhere Werte in der Partnerschaftszufriedenheit und im dyadischen Coping an, als Paare die bereits den erstmöglichen Termin besuchten. Zudem wiesen die Frauen des zweiten Auffrischkurses eine signifikant stärkere Stressreduktion über die 2 Jahre auf (Haupteffekt Gruppe: Männer PFB:  $F(1, 35) = 2,35$ ,  $p > 0,10$ ,  $\eta^2 = 0,06$ ; dyadisches Coping:  $F(1/35) = 3,110$ ,  $p > 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,82$ ; Frauen PFB:  $F(1/35) = 6,611$ ,  $p > 0,01$ ,  $\eta^2 = 0,16$ ; dyadisches Coping:  $F(1/35) = 7,313$ ,  $p > 0,01$ ,  $\eta^2 = 0,17$ ; Interaktionseffekt Zeit  $\times$  Gruppe Prä – Follow-up 3 Stress  $F(1, 35) = 8,303$ ,  $p > 0,01$ ,  $\eta^2 = 0,19$ ) (Tab. 4). Die Paare, die kritischere Werte aufwiesen, besuchten somit früher einen Auffrischkurs als die anderen Paare.

**Tab. 4. a** Multivariate Varianzanalyse und Kontraste (F-Statistik, Effektgröße und p-Wert) mit Within-Faktoren Geschlecht und Zeit und dem Between-Faktor Gruppe (Auffrischkurse AK: 1., 2. oder beide AK), **b** Effektgrößen (Cohens d) für Unterschiede zwischen Gruppen, **c** Effektgrößen (Cohens d) für Unterschiede innerhalb Gruppen

<b>a</b> Multivariate Varianzanalyse		PFB		FDCT-N		ASN		Anwendung	
		F	$\eta^2$	F	$\eta^2$	F	$\eta^2$	F	$\eta^2$
Haupteffekt Zeit <sup>a</sup>		3,833**	0,101	3,104*	0,084	7,703***	0,185	0,597	0,049
	Haupteffekt Gruppe	2,464*	0,127	2,924*	0,147	1,862°	0,099	0,379	0,064
	Haupteffekt Geschlecht	7,987**	0,190	1,350	0,038	17 559***	0,341	0,950	0,080
	Gruppe × Geschlecht	3,908*	0,187	2,306°	0,119	0,745	0,042	0,893	0,140
	Zeit × Geschlecht	0,378	0,011	1,106	0,031	0,323	0,009	2,168°	0,165
Mann	Haupteffekt Zeit <sup>a</sup>	1,24	0,07	1,95°	0,10	0,96	0,05	0,55	0,03
	Haupteffekt Gruppe <sup>a</sup>	2,63*	0,07	2,10*	0,06	5,53***	0,14	3,91**	0,10
	Zeit × Gruppe <sup>b,c</sup>	0,82	0,05	0,69	0,04	1,26	0,07	1,36	0,07
Frau	Haupteffekt Zeit <sup>a</sup>	4,05*	0,19	3,71*	0,18	1,90°	0,10	0,08	0,00
	Haupteffekt Gruppe <sup>a</sup>	3,04**	0,08	2,88*	0,08	4,38***	0,11	1,64°	0,05
	Zeit × Gruppe <sup>b,c</sup>	0,88	0,05	1,25	0,07	1,91*	0,10	1,62°	0,09

<b>b</b> Effektgröße zwischen Gruppen		PFB			FDCT-N			ASN			Anwendung		
		1. vs. 2. AK	1. vs. beide AK	2. vs. beide AK	1. vs. 2. AK	1. vs. beide AK	2. vs. beide AK	1. vs. 2. AK	1. vs. beide AK	2. vs. beide AK	1. vs. 2. AK	1. vs. beide AK	2. vs. beide AK
Mann	Prä-Messung	0,00	0,25	0,26	0,00	0,32	0,34	0,00	-0,42	-0,42			
	Post-Messung	-0,01	0,44	0,44	-0,17	0,45	0,78	-0,42	-0,58	-0,33	-0,14	0,01	0,16
	Follow-up 1 (6 M.)	-0,38	-0,11	0,26	-0,26	0,23	0,43	-0,28	-0,40	-0,14	-0,07	-0,22	-0,17
	Follow-up 2 (1 J.)	-0,62	0,17	0,67	-0,24	0,26	0,49	0,08	-0,16	-0,27	-1,22	-0,57	0,21
	Follow-up 3 (2 J.)	-0,70	0,08	0,76	-0,42	0,25	0,65	0,24	-0,32	-0,58	-0,28	-0,64	-0,38
Frau	Prä-Messung	-1,12	-0,28	0,81	-1,04	-0,21	0,72	-0,60	-0,97	-0,19			
	Post-Messung	-0,98	-0,26	0,66	-0,68	0,10	0,76	-0,32	-0,76	-0,50	0,24	0,57	0,27
	Follow-up 1 (6 M.)	-0,94	-0,63	0,33	-0,74	-0,69	0,15	-0,19	-0,09	0,14	0,41	-0,13	-0,45
	Follow-up 2 (1 J.)	-1,50	-0,72	0,63	-0,88	-0,18	0,82	-0,60	-0,91	-0,43	-0,38	-0,33	0,11
	Follow-up 3 (2 J.)	-1,05	-0,39	0,44	-1,03	-0,03	0,94	-0,01	-0,76	-0,79	-0,54	-0,50	-0,05

<b>c</b> Effektgröße innerhalb Gruppen		PFB			FDCT-N			ASN			Anwendung		
		1. AK	2. AK	beide AK	1. AK	2. AK	beide AK	1. AK	2. AK	beide AK	1. AK	2. AK	beide AK
Mann	Prä-Post Messung	0,41	0,41	0,18	0,60	1,10	0,40	-0,45	-0,19	-0,35	4,42	3,84	4,87
	Prä – Foll.-up 1 <sup>a</sup> (6 M.)	0,08	0,47	0,39	0,52	0,68	0,40	-0,40	-0,18	-0,58	4,61	5,18	3,55
	Prä – Foll.-up 2 <sup>a</sup> (1 J.)	0,25	0,73	0,31	0,40	0,80	0,32	-0,44	-0,56	-0,84	7,13	6,59	3,56
	Prä – Foll.-up 3 <sup>a</sup> (2 J.)	-0,62	0,05	-0,22	-0,28	-0,12	-0,07	0,30	-0,32	-0,02	0,05	0,17	0,76
Frau	Prä-Post Messung	0,46	0,11	0,29	0,78	0,07	0,28	-0,03	-0,45	-0,41	8,69	4,88	4,76
	Prä – Foll.-up 1 <sup>a</sup> (6 M.)	0,35	0,13	0,58	0,63	0,05	0,69	0,04	-0,42	-1,00	4,95	4,79	3,40
	Prä – Foll.-up 2 <sup>a</sup> (1 J.)	0,05	0,27	0,44	0,55	0,27	0,44	-0,40	-0,64	-0,66	4,99	4,66	6,17
	Prä – Foll.-up 3 <sup>a</sup> (2 J.)	-0,37	-0,18	-0,02	-0,30	0,23	-0,15	-0,03	-0,36	0,17	-0,24	0,54	0,76

<sup>a</sup> Freiheitsgrade df (Zähler/Nenner) Kontraste: df: 1/99.

<sup>b</sup> Freiheitsgradkorrektur nach Huynh-Feldt.

<sup>c</sup> Freiheitsgrade df (Zähler/Nenner) Faktor Zeit: PFB Mann df: 4/136, Frau df: 3,6/123,8; FDCT-N Mann df: 3,5/119,3, Frau df: 4/136; ASN Mann df: 4/136, Frau df: 4/136; Anwendung Mann df: 4/136, Frau df: 4/136.

Deskriptive p-Werte: p° < 0,10; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.



## Diskussion und Schlussfolgerungen

Um Verhaltensänderungen auch nach Abschluss einer Paarintervention aufrechtzuerhalten, können Auffrischkurse eingesetzt werden. Für die Implementierung und für die Beurteilung des praktischen Nutzens eines solchen grundsätzlich wirksamen Angebotes ist es wichtig zu wissen, von welchen Paaren es im klinischen Alltag in Anspruch genommen wird und welche längerfristigen Effekte es hat.

In einem ersten Schritt wurde untersucht, ob mittels Variablen vor und direkt nach der Basisintervention vorausgesagt werden kann, ob die Paare einen Auffrischkurs besuchen oder nicht. Als Prädiktor eignete sich lediglich der Stress des Mannes, der aber nur wenig Varianz aufklärte (6%). Der Effekt war zudem nicht in der erwarteten Richtung: Je weniger Stress der Mann hat, desto eher besucht das Paar die Auffrischungssitzung. Weil sich einerseits keine sonstigen Variablen als zuverlässige Prädiktoren eigneten, also zwischen den Gruppen keine Unterschiede zur Prä- und Postmessung festgestellt werden konnten, und Stress andererseits einen ungünstigen Einfluss auf die Partnerschaft hat [z.B. Bodenmann, 2000b], sprechen diese Ergebnisse vor allem für die Null- und für die Maximierungshypothese. Dies entspricht den erwähnten Befunden bezüglich des Besuchs partnerschaftlicher Präventionsprogramme von Sullivan und Bradbury [1997].

Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigten sich hingegen im weiteren Untersuchungsverlauf. Paare mit Auffrischungssitzungen konnten die durch den Basiskurs erreichten Verbesserungen länger aufrechterhalten (z.B. Zunahme der Beziehungszufriedenheit und des dyadischen Copings) und gaben an, die erlernten Elemente häufiger anzuwenden. Aber auch bei ihnen nahm die Wirkung der Intervention im Laufe der 2 Jahre ab, so dass sich die beiden Gruppen nach 2 Jahren wiederum nicht mehr unterschieden. Diese Ergebnisse haben für die Ausgestaltung präventiver Paarkurse folgende Implikationen:

Weil sich die Paare offenbar nicht intuitiv nach dem Kompensationsmodell richten [Sullivan und Bradbury, 1997], müssen spezielle Techniken zur Rekrutierung, Sensibilisierung, aber auch zur Motivierung der Risikopaare eingesetzt werden. Ein erster Schritt könnte darin bestehen, Auffrischkurse bereits als einen festen Bestandteil der Intervention anzubieten und den Paaren auch so zu verrechnen. Im Gegensatz zu den erwähnten Interventionsstudien, in denen Auffrischungssitzungen eingesetzt wurden [Braukhaus et al., 2001, 2003; Ryan, 2001], ist dies in der Praxis nicht üblich. Zudem sollte im Basiskurs der «Rückfall» auf wenig funktionale partnerschaftliche Muster thematisiert werden.

Weil die Auffrischkurse zudem mittelfristig zwar den erwünschten Effekt haben, dieser jedoch nicht bestehen bleibt, ist es wichtig, diese Auffrischkurse wiederholt anzubieten. Dies entspricht auch der Schlussfolgerung Whismans [1990]: 'However, in several of these studies, maintenance sessions served only to delay the onset of relapse, not pre-

vent it. That is, generally were effective at promoting maintenance only as long as they were continued' (p. 156). In welchem Abstand und über welchen Zeitraum diese Auffrischkurse für Paare idealerweise angeboten und besucht werden sollten, muss Gegenstand weiterer Untersuchungen sein [vgl. Hennessy et al., 1999].

Als Erkenntnis für die Wirksamkeit von Auffrischkursen könnte man zudem festhalten, dass einjährige oder noch kürzere Messzeitfenster, wie sie bisher oft angewendet werden, möglicherweise nicht ausreichen, um die Langzeiteffekte korrekt abzubilden.

In einem zweiten Schritt wurde untersucht, inwiefern sich die Paare mit Wiederholungskursen in Abhängigkeit des frei gewählten Zeitpunktes und der Anzahl Sitzungen unterschieden. Paare, die erst den zweiten Auffrischkurs (9–12 Monate nach dem Training) in Anspruch nahmen, verfügten über signifikant höhere Partnerschaftsqualität und dyadisches Coping als die anderen Paare. Das heißt, Paare mit niedriger Partnerschaftszufriedenheit und ungünstigem dyadischem Coping besuchten eher den erstmöglichen Auffrischkurs. Dieser Unterschied stützt somit eher das Kompensationsmodell.

Des Weiteren zeigte sich, dass Paare mit beiden Auffrischkursen, im Gegensatz zu den Paaren mit nur dem ersten Kurs, nach dem ersten Auffrischkurs einen weiteren Anstieg in der partnerschaftlichen Zufriedenheit und im dyadischen Coping angaben. Dies bedeutet, dass für einige Paare der Auffrischkurs trotz freiwilligen Besuchs keine zusätzliche Wirkung hatte und sie den nächsten Auffrischkurs nicht mehr besuchten. Unklar ist, warum einige Paare auf die Auffrischkurse nicht ansprachen. Welche Faktoren dabei eine Rolle spielten, sollte in weiteren Studien untersucht werden. Möglicherweise haben einige Paare durch die gecoachten Gespräche erkannt, dass lange eingeschliffene negative Interaktionsmuster nicht so einfach zu verändern sind und daraufhin über die Zukunft ihrer Beziehung nachgedacht. Dies muss nicht unbedingt negativ sein, da unter gewissen Umständen eine Trennung durchaus sinnvoll sein kann. In solchen Fällen hätte die Intervention eher eine klärende als bewältigungsorientierte Funktion.

Für weitere Untersuchungen könnten aus den oben genannten Ergebnissen folgende Hypothesen formuliert werden: Die meisten Paare richten sich, wenn es um die Entscheidung geht, Auffrischkurse zu besuchen, intuitiv eher nach dem Nullmodell. Werden allerdings nur Paare betrachtet, die einen Auffrischkurs besuchten, wird eher das Kompensationsmodell bestätigt, da die Paare mit ungünstigeren Ausprägungen in den relevanten Variablen die Auffrischkurse früher und öfter besuchen.

Die vorliegende Untersuchung unterliegt einigen wichtigen *Einschränkungen*: Erstens untersuchten wir lediglich eine Auswahl der in der Literatur als relevant zitierten Faktoren. Zweitens entspricht das vorliegende Untersuchungsdesign einer Abwandlung der Effectiveness-Methode [Seligman,

1995]. Diese Testung der Wirksamkeit unter natürlichen Bedingungen ist die Stärke unserer Studie. Aufgrund der daraus resultierenden fehlenden Randomisierung kann jedoch nicht überprüft werden, ob Auffrischkurse bei allen Paaren die erwünschte Wirkung erzielt hätten (Wirksamkeit im Sinne der »efficacy«). Allerdings wurde die Wirksamkeit von ähnlichen Auffrischkursen bereits in anderen Studien mit randomisierten Gruppen belegt [z.B. Braukhaus et al., 2003]. Drittens untersuchten wir nur, ob sich Paare intuitiv nach dem Kompensationsmodell richteten und ob Paare mit Auffrischungssitzungen die erreichten Fortschritte besser aufrechterhalten konnten. Die explizite Frage nach der Motivation (warum die Paare Auffrischkurse besuchen oder nicht) sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. Viertens ist die Anzahl der Versuchspersonen, insbesondere für die nachfolgenden Post-Hoc-Analysen, eher knapp bemessen. Fünftens ist unser Vorgehen aufgrund des begrenzten empirischen Wissensstan-

des in diesem Gebiet größtenteils explorativ. Die Ergebnisse müssen in weiteren Untersuchungen repliziert und validiert werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich viele Paare gegen die Teilnahme an Auffrischkursen entschieden, obschon diese indiziert gewesen wären. Die Auffrischungssitzungen scheinen die gewünschte Wirkung zu zeigen, allerdings nicht bei allen Paaren. Deshalb müssen einerseits die Bemühungen intensiviert werden, Risikopaare für die Teilnahme zu gewinnen. Andererseits sollte untersucht werden, wann und wie oft solche Auffrischungssitzungen angeboten werden sollten und warum sie bei einigen Paaren wenig erfolgreich sind. Die Ergebnisse unserer Längsschnittdaten zeigen außerdem, dass zukünftige Studien über die Wirksamkeit von Auffrischkursen einen Zeitraum von mehr als einem Jahr einschließen sollten.

## Literatur

- Bodenmann G: Kompetenzen für die Partnerschaft: Freiburger Stresspräventionstraining für Paare. Weinheim, Juventa, 2000a.
- Bodenmann G: Stress und Coping bei Paaren. Bern, Huber, 2000b.
- Bodenmann G: Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen. Bern, Huber, 2006.
- Bodenmann G: Dyadisches Coping Inventar (DCI). Testmanual. Bern, Huber und Hogrefe, 2007.
- Bodenmann G, Shantinath SD: The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Fam Relat* 2004;53:477–484.
- Bodenmann G, Pihet S, Kayser K: The relationship between dyadic coping and marital quality: A 2-year longitudinal study. *J Fam Psychol* 2006a;20:485–493.
- Bodenmann G, Pihet S, Shantinath SD, Cina A, Widmer K: Improving dyadic coping in couples with a stress-oriented approach: A 2-year longitudinal study. *Behav Modif* 2006b;30:571–597.
- Braukhaus C, Hahlweg K, Kroger C, Groth T, Fehm-Wolfsdorf G: »Darf es ein wenig mehr sein?« Zur Wirksamkeit von Auffrischungssitzungen bei der Prävention von Beziehungsstörungen Verhaltenstherapie 2001;11:55–62.
- Braukhaus C, Hahlweg K, Kroeger C, Groth T, Fehm-Wolfsdorf G: The effects of adding booster sessions to a prevention training program for committed couples. *Behav Cog Psychother* 2003;31:325–336.
- Carlson J, Ellis CM: Treatment agreement and relapse prevention strategies in couple and family therapy. *Fam J Couns Ther Couples Fam* 2004;12:352–357.
- Christensen A, Heavey CL: Interventions for couples. *Annu Rev Psychol* 1999;50:165–190.
- Christensen A, Atkins DC, Yi J, Baucom DH, George WH: Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:1180–1191.
- Hahlweg K: Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik. Partnerschaftsfragebogen PFB, Problemliste PL und Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft FLP. Göttingen, Hogrefe, 1996.
- Hennessy M, Bolan GA, Hoxworth T, Iatesta M, Rhodes F, Zenilman JM: Using growth curves to determine the timing of booster sessions. *Struct Equat Modeling* 1999;6:322–342.
- Karney BR, Bradbury TN: The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychol Bull* 1995;118:3–34.
- Kriz J: Methodologische Aspekte von »Wissenschaftlichkeit« in der Psychotherapieforschung. *Psychother Sozialwiss Z Qual Forsch* 2004;6:6–31.
- Lincoln TM, Rief W, Hahlweg K, Frank M, von Wittleben I, Schroeder B, Fiegenbaum W: Who comes, who stays, who profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in a short intervention for social phobia. *Psychother Res* 2005;15:210–225.
- O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HSG: Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: Outcomes during the three years after starting treatment. *J Stud Alcohol Drugs* 1998;59:357–370.
- Ryan KD: A relapse prevention program for distressed couples following a workshop-based marital intervention. *Diss Abstr Int B: Sci Engineer* 2001;62.
- Seligman MEP: The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *Am Psychol* 1995;50:965–974.
- Shadish WR, Baldwin SA: Meta-analysis of MFT interventions. *J Marital Fam Ther* 2003;29:547–570.
- Shadish WR, Baldwin SA: Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:6–14.
- Sullivan KT, Bradbury TN: Are premarital prevention programs reaching couples at risk for marital dysfunction? *J Consult Clin Psychol* 1997;65:24–30.
- Tschuschke V: Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal* 2005;4:106–115.
- Whisman MA: The efficacy of booster maintenance sessions in behavior therapy: Review and methodological critique. *Clin Psychol Rev* 1990;10:155–170.

## 2.4 Fazit Outputforschung

Die Wirksamkeit von präventiven und therapeutischen Paarinterventionen konnte in vielen Studien und Metaanalysen belegt werden.

In den eigenen Untersuchungen zeigte sich beispielsweise in Studie 1, dass ein partnerschaftliches Präventionsprogramm sogar im Rahmen einer betrieblichen Stressprävention sinnvoll eingesetzt werden kann. In Untersuchungen zur Langzeitwirkung solcher Präventionsprogramme wurde jedoch festgestellt, dass einige Paare die erreichten Verbesserungen nicht lange aufrecht erhalten konnten. Wie Studie 2 belegt, helfen Auffrischkurse diese Verbesserungen nach dem Basiskurs länger aufrechtzuerhalten. Allerdings kann mittels Partnerschaftsindikatoren nicht vorhergesagt werden, welche Paare diese zusätzlichen Kurse in Anspruch nehmen.

Trotz der vielen Studien und der dabei gefundenen positiven Effekte, steht die zukünftige Output-Forschung vor einer Reihe grosser Herausforderungen:

Ein bereits angesprochenes Problem ist, dass die *Wirksamkeit* über alle teilnehmenden Personen gesehen zwar gut ist, jedoch relativ viele Paare von diesen Interventionen nicht profitieren können. Einerseits kann versucht werden die bestehenden Interventionen zu verbessern, andererseits müssten aber, wie bereits oben erwähnt, die Zugangsschwellen zu präventiven und therapeutischen Angebote für Paare gesenkt werden, z.B. mit dem Einsatz neuer Medien (DVD, Internet, ...). Die Wirkung, der Nutzen und die Grenzen dieser neuen Zugänge müssen noch überprüft werden.

In Bezug auf die Wirksamkeit von Interventionen stellt sich auch eine oftmals übergangene und eher grundsätzliche Frage: Was heisst eigentlich Erfolg in einer Paarintervention? Diese Frage wird auch in der individuellen Psychotherapie kontrovers diskutiert (z.B. unter dem Stichwort der klinischen Signifikanz usw.). Allerdings ist die Beantwortung im Kontext von Paarinterventionen noch problematischer. Üblicherweise wurde in der bisherigen Forschung der Erfolg vor allem anhand von partnerschaftsbezogenen Komponenten beurteilt. Allerdings können sich in paartherapeutischen Interventionen beide Partner auch in rein individuellen Variablen verbessern. Zudem kann und darf das „Glücklich zusammen sein bis ans Ende der Tage“ nicht das einzige Ziel der Paartherapie sein. Bei manchen Paaren muss geklärt werden, ob ein weiteres Zusammenbleiben sinnvoll ist oder ob eine Trennung nach langer Leidenszeit und vielen gegenseitigen Verletzungen möglicherweise besser wäre.

“Even if we optimize treatment by considering a variety of specific and nonspecific interventions, along with an effective therapist, we must remain realistic about what we can achieve with a given couple. Even if the partners interact with each other in the ways we described earlier, they might not wish to spend their lives with each other.

As couple therapist, we do not know how to create “chemistry” between two partners. We can help partners to create healthy, adaptive ways of interacting with each other, allowing individuals and relationship to reach their potential, whatever that might be. On the one hand, this potential might lead to a rewarding, enriching relationships, on the other hand, couples might thoughtfully decide that they need to end their relationship (Baucom et al., 2008, p.60).

Inwiefern aber eine Paarintervention als Katalysator für eine Trennung funktionieren und so möglicherweise die Leidenszeit reduzieren kann, ist bislang noch nicht untersucht worden.

Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt ist die mangelnde *Praxistauglichkeit* der RCT. Die grosse Herausforderung der Zukunft wird sein, Studien praxistauglicher zu gestalten (z.B. durch flexiblere Interventionen hinsichtlich Sitzungsanzahl, Inhalt, Randomisierung, usw.) und trotzdem methodisch hochstehende Forschung zu betreiben. Auch wenn zur Zeit in der wissenschaftlichen Fachwelt die klassischen RCT gegenüber naturalistischen Untersuchungssettings noch bevorzugt werden, ist ein Wandel spürbar.

Im weiteren Sinn kann auch die Tatsache, dass oftmals die gleichen Interventionsformen (in der Regel verhaltenstherapeutische Interventionen) untersucht worden sind, während in der klinischen Praxis ganz andere angewendet werden, unter (fehlender) Praxistauglichkeit subsummiert werden. Dieses Ergebnis ist symptomatisch für die Lücke, resp. die fehlende Rückbindung der Forschung an die Praxis und bedeutet einerseits, dass weitere Wirksamkeitsstudien notwendig sind, da jede Therapieform ihre Wirkung einzeln nachweisen muss (Grawe, et al., 1994)<sup>12</sup>. Andererseits sollten aber vor allem die Bemühungen verstärkt werden, die vorhandenen wirksamen Interventionen besser in die klinische Praxis zu integrieren.

Neben der Praxistauglichkeit sollte in Zukunft auch die *Effizienz* von Paarinterventionen einen grösseren Stellenwert in der Forschung haben, insbesondere wenn versucht werden soll, Paarinterventionen besser in die allgemeine Gesundheitsversorgung zu integrieren und den Paarinterventionen dadurch mehr Bedeutung zu geben. Dies wird sehr wahrscheinlich nur über sorgfältig durchgeführte Kosten-Nutzen-Analysen möglich sein. Desweiteren wären weiterführende Kosten-Wirksamkeits-Analysen wichtig. Bisher gibt es nämlich kaum Studien, die der Frage nachgehen, wie viele Sitzungen notwendig sind, um eine bestimmte Wirksamkeit zu erzielen. Lundblad und Hansson (2006) fanden beispielsweise in schwedischen Paarberatungsstellen, im Vergleich zu üblichen RCT-Paartherapie-Studien, eine vergleichbare Effektstärke bei gleicher Ausgangsbelastung aber mit einer massiv geringeren Sitzungsanzahl

---

<sup>12</sup> Eine Erleichterung für die zukünftigen Wirksamkeitsstudien gibt es aber: Wie bereits Grawe (1992) in Bezug auf Individualpsychotherapie argumentierte, zeigen Baucom, Hahlweg und Kuschel (2003) in ihrer Metaanalyse auch für Paarinterventionen überzeugend auf, dass in Zukunft auf Kontrollgruppen verzichtet werden kann!

(Durchschnittlich 8.8 Sitzungen gegenüber der 16-20 Sitzungen in RCT). Offen bleibt somit, bei welchen Paaren man mit welchen Kosten welche Effekte erreicht.

Insgesamt kann zusammengefasst werden, dass bezüglich der Erforschung der Wirksamkeit von Paarinterventionen bereits sehr viel erreicht wurde, dass es aber vor allem in der Praxis-tauglichkeit und der Effizienz noch viel zu tun gibt. Christensen et al. (2005) formulieren diesen Punkt folgendermassen:

In the past 30 years of efficacy studies, we have learned much about broad treatment approaches to couple therapy. Now practitioners and researchers must join forces on methodologically sound treatment development, efficacy, and effectiveness studies that teach us how to maximize the benefits of therapy for distressed couples more precisely in the next 30 years (Christensen, et al., 2005, p. 15).



# 3

## Prozessforschung

### 3.1 Was ist Prozessforschung?

Rather than treating therapy as a black box, looking only at input and output variables, we need to study and track the complex performance and interaction sequences that constitute psychotherapy (Greenberg, 1999, p. 1468).

Ziel der Prozessforschung ist es, die Frage *ob* Veränderungen aufgrund einer Intervention auftreten, zu ergänzen und Aussagen darüber zu ermöglichen, *wie*, *wann* und *weshalb* gewisse Veränderungen in der Psychotherapie auftreten.

Knowing that a specific treatment works tells the clinician little about how to tailor it to the dynamic process of client change over the course of treatment. Unlike controlled clinical trials or pre-post designs, psychotherapy process research is capable of addressing the mechanisms underlying therapeutic change that lead to successful client outcomes (Goldfried & Pachankis, 2007, p. 761).

Eine konkrete und allgemeingültige Definition von Prozess zu geben ist allerdings schwierig, da in der Literatur unter Prozess die unterschiedlichsten Aspekte subsummiert werden. Der Begriff Prozess kann sich auf eine zeitliche oder einen kausale Funktion beziehen oder kann unterschiedliche Perspektiven und Inhalte bezeichnen (siehe auch Orlinsky, et al., 2004). Im Folgenden soll auf die unterschiedlichen Perspektiven und Inhalte kurz eingegangen werden.

#### 3.1.1 Unterschiedliche Perspektiven

In Bezug auf die Perspektive kann grundsätzlich zwischen der Beobachterperspektive und dem Auflösungsgrad der Beobachtung unterschieden werden.



Prozesse können von verschiedenen Beobachtern (z.B. vom Klienten selber, von dessen Angehörigen, vom behandelnden Therapeuten oder von unabhängigen Ratern) beurteilt werden. Die Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Perspektiven ist wichtig, da Forschungsergebnisse zeigen, dass die unterschiedlichen Beobachterperspektive nicht sehr hoch miteinander korrelieren und dadurch zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können (z.B. Hilliard, Henry, & Strupp, 2000).

Daneben können auch unterschiedliche Ebenen oder Auflösungsgrade der Beobachtungsperspektive unterschieden werden, wobei die Anzahl der Ebenen je nach Autoren schwanken kann (Greenberg & Pinsof, 1986; Orlinsky, et al., 2004). Prozesse können beispielsweise innerhalb einer Interaktionssequenz, innerhalb einer Sitzung, zwischen Sitzung oder sogar in Bezug auf Langzeitprozesse beobachtet werden. In den bisherigen Studien wurde aus Kostengründen vor allem auf die Mikroprozesse fokussiert.

### 3.1.2 Unterschiedliche Inhalte

#### 3.1.2.1 *Therapeutische Prozesse vs. Veränderungsprozesse*

Eine wichtige Unterscheidung, die gemäss Orlinsky, et al. (2004) begrifflich getrennt werden muss, ist die zwischen Veränderungsprozessen („change process“) und therapeutischen Prozessen („treatment process“). Unter dem Begriff der Veränderungsprozesse können sämtliche Prozesse zusammengefasst werden, die zu erklären versuchen, wie sich Klienten *verbessern*. Diese Veränderungsprozesse geschehen innerhalb eines Patienten. Das Therapeutenverhalten ist dabei nicht eigentlich Teil dieses Prozesses, sondern eher die interpersonelle Grundlage für diesen (Orlinsky, et al., 2004).

Im Gegensatz dazu können unter *therapeutischen Prozessen* („treatment process<sup>13</sup>“) sämtliche Events / Ereignisse verstanden werden, die innerhalb einer Sitzung auftreten und zwar ohne *a priori* Unterscheidung, ob diese Ereignisse neutral, hilfreich oder hinderlich sind.

These schemas focus on the actions, perceptions, intentions, thoughts, and feelings of the patient and therapist, as well as the relationship between them, which are generally viewed as occurring inside therapy session (Orlinsky, et al., 2004, p. 313).

Im Generic Modell von Orlinsky und Mitarbeitern wird unter Prozess diese erweiterte Definition verstanden.

---

<sup>13</sup> Orlinsky et al. (2004) brauchen den Begriff „treatment process“ und „therapeutic process“ synonym: “This definition [therapeutic process; Anmerkung des Autors] is meant to include everything that transpires between and within the participants when they are actually or virtually in each other’s presence (corresponding to what we describe below as “treatment process” as distinct from “change process”) (Orlinsky et al., 2004, p311).



### 3.1.2.2 *Veränderungsprozesse vs. Veränderungsmechanismen*

Allerdings geschehen Veränderungen nicht nur während, sondern auch nach der Therapie. Während Orlinsky et al. (2004) zwar sowohl Prozesse innerhalb als auch ausserhalb der Therapie in den therapeutischen Prozess einbeziehen, aber definitorisch nicht eindeutig auseinanderhalten<sup>14</sup>, schlagen Doss (2004; siehe auch Kazdin, 2000) vor, zwischen „change process“ (Veränderungsprozesse) und „change mechanism“ (Veränderungsmechanismen) klar zu unterscheiden.

Unter Veränderungsprozesse (Doss, 2004) werden die Ereignisse verstanden, die innerhalb einer Sitzung auftreten und einen Einfluss auf Veränderungsmechanismen haben (z.B. Paare erfahren die Vorteile der Gesprächsregeln während einer Sitzung).

Veränderungsmechanismen ihrerseits sind die Erfahrungen der Klienten ausserhalb der Therapie (z.B. Paare zeigen weniger dysfunktionales Kommunikationsverhalten):

Change mechanisms are intermediate changes in client characteristics or skills, not under direct therapist control, that are expected to lead to improvement in the ultimate outcomes of therapy (Doss, 2004, p. 370)

Das heisst, es sind eher generalisierte Veränderungen im Leben des Klienten, die nicht nur das kurzfristige Ergebnis von Veränderungsprozessen sind (z.B. Steigerung der Kommunikationsqualität als Mechanismus zur Steigerung der Partnerschaftszufriedenheit oder zur Reduktion der Depression).

Zu Beginn der Prozessforschung konzentrierten sich die Forscher vor allem auf die (primären) Veränderungsprozesse während der Therapie, das heisst darauf, welche therapeutischen Verhaltensweisen innerhalb einer Sitzung zu welchen direkten Reaktionen beim Patienten führen. Mitte der achtziger Jahre begannen sich die Prozessforscher jedoch vermehrt den Veränderungsmechanismen zuzuwenden (siehe z.B. Greenberg & Pinsof, 1986)<sup>15</sup>, das heisst dem Zusammenhang zwischen den Mikroprozessen, den therapeutischen Fortschritten und dem Outcome (Heatherington, et al., 2005).

---

<sup>14</sup> Orlinsky, et al. (2004) sprechen zu Beginn zwar von primären und sekundären Therapieprozessen, wobei sich die primären auf die Prozesse während der Therapie und die sekundären auf die Prozesse nach der Therapie beziehen (p. 311). Allerdings scheint diese Unterscheidung für die Autoren nicht zentral zu sein, da sie im weiteren Verlauf vernachlässigt wird. Im Gegensatz zu der Unterscheidung Veränderungsprozessen und -mechanismen bei Doss (2004), unterscheiden sich primäre und sekundäre Therapieprozesse nicht qualitativ voneinander.

<sup>15</sup> Greenberg und auch andere Autoren sprechen allerdings hier nicht von Veränderungsmechanismen, sondern von „Process of change“, meinen aber eigentlich dasselbe: „Whereas traditional, descriptive process research typically examines in-session variable, for example, the relationship between therapist confrontation and client disclosure, change process research refers to micromechanisms of therapeutic gain and the links of these micro-process with each other and with overall treatment goals“ (Heatherington, Friedlander & Greenberg, 2005, p. 19).

## 3.2 Prozessforschung zum Thema Partnerschaft

Wie im vorhergehenden Kapitel bereits dargestellt, können unter Prozessstudien eine ganze Reihe von unterschiedlichen Untersuchungen subsummiert werden. In diesem Kapitel erfolgt der Literaturüberblick getrennt nach Veränderungsprozessen (Kapitel 3.2.1) und Veränderungsmechanismen (siehe Kapitel 3.2.2). In der nachfolgenden Darstellung wird nicht unterschieden, ob es sich um präventive oder therapeutische Interventionen bei Paaren handelt, da erstens zu wenig Forschung getrennt für beide Bereiche vorliegen und zweitens angenommen werden kann, dass sich die Wirkungsweise präventiver Prozesse nicht wesentlich von therapeutischen Prozessen unterscheidet.

### 3.2.1 Veränderungsprozesse bei Paarinterventionen

Studien zu Veränderungsprozessen, also zu Prozessen, die während einer Sitzung geschehen und zu einem (kurzfristigen) spezifischen Erleben und Verhalten beim Klienten aufgrund einer Intervention führen, sind in der Paartherapieforschung eindeutig seltener als beispielsweise in der Individualpsychotherapieforschung (zum Überblick Orlinsky, et al., 2004). Zudem unterscheidet sich die Prozessforschung auf dieser Ebene insofern, dass nicht nur Prozesse zwischen Therapeut und Klient, sondern auch zwischen den beiden Partnern wichtig sind. Deshalb werden die vorhandenen Studien zu den Veränderungsprozessen im Folgenden in zwei Subkapitel unterteilt. Das erste Subkapitel konzentriert sich auf die Therapeut-Paar-Ebene, also um die Veränderungsprozesse zwischen dem Therapeuten und dem Paar (Kapitel 3.2.1.1). Im zweiten Subkapitel wird die Paarebene behandelt und somit die Veränderungsprozesse zwischen den Partnern (Kapitel 3.2.1.2).

#### 3.2.1.1 Ebene Therapeut – Paar

Auf der Ebene Therapeut-Paar können zwei wichtige Bereiche unterschieden werden: Die therapeutische Allianz und therapeutische Interventionen.

#### **Therapeutische Allianz /Bündnis**

Unter der therapeutischen Allianz werden gemäss Bordin (1979) drei Komponenten verstanden: a) eine warme, vertrauensvolle und tragende Beziehung, b) die Übereinstimmung zwischen Klient und Therapeut bezüglich der Interventionen und c) die Übereinstimmung mit den Zielen. In den letzten 20 Jahren konnten etliche Studien empirische Evidenz dafür liefern, dass die therapeutische Allianz ein wichtiger Faktor für den Verlauf und den Erfolg einer Paartherapie ist (siehe zum Beispiel Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990; Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2007), wobei die Stärke des therapeutischen Bündnisses je nach Studie zwischen 5%-22% (Johnson & Talitman, 1997) der Varianz der Partnerschaftszufrie-

denheit am Ende der Therapie vorhersagen konnte. Knobloch-Fedders et al. (2007) konnten zudem aufzeigen, dass die Einschätzung der therapeutischen Beziehung von der ersten Sitzung bis zur achten Sitzung relativ stabil bleibt, und dass Klienten, die frühzeitig die Therapie abbrechen, bereits nach der ersten Sitzung eine tiefere Einschätzung angaben. Symonds und Horvath (2004) fanden in ihrer Studie nur dann einen positiven Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Therapieerfolg, wenn sich beide Partner über die Stärke der Allianz einig waren und wenn bei beiden eine Zunahme der Allianz über die Therapiesitzungen festgestellt werden konnte.

Wie allerdings eine gute therapeutische Allianz entsteht, ist empirisch noch relativ wenig untersucht worden. Bedi, Davis und Williams (2005) interviewten 40 Paare und konnten mittels einer Faktorenanalyse zeigen, dass die meisten Antworten auf zwei Faktoren luden: a) Warmer, persönlich spürbarer Therapeut und b) die professionelle Umgebung, bei der der Therapeut die Klienten fordert aber auch mit ihnen zusammenarbeitet. In einer mikrosequentiellen Analyse untersuchten Darwiche et al. (2008) den Einfluss des gemeinsamen Lächelns („mutual smiling episodes“; MSE) während einer Therapeuten-Paar-Interaktion auf die Einschätzung der therapeutischen Beziehung. Triaden mit mehr Bindungslächeln (Lächeln aufgrund positiver Inhalte und positiver Gefühle mit dem Ziel Bindung herzustellen) und weniger konfrontativem Lächeln (aufgrund negativer Inhalte und negativer Gefühle mit dem Ziel den anderen zu konfrontieren) hingen mit einer höheren therapeutischen Beziehung zusammen.

### **Therapeutische Interventionen**

Therapeutische Interventionen dienen dazu, Veränderungsprozesse beim Paar zu evozieren und können auf unterschiedliche Weisen erfolgen. Ein *paarzentrierter* Prozess („couple responsible process“) zeichnet sich beispielsweise durch ein Therapeutenverhalten aus, welches die emotionalen und intellektuellen Ressourcen des Paares nutzt. Dies kann dadurch erreicht werden, dass das Paar zueinander reden muss und dass die Lösungen aus dem Paar heraus entwickelt werden. Auf der anderen Seite kann der *therapeutenzentrierte* Prozess („therapist-responsible process“) dadurch charakterisiert werden, dass die emotionale und intellektuelle Ressource beim Therapeuten liegt. In einem solchen Fall spricht das Paar nicht miteinander, sondern mit dem Therapeuten. Der Therapeut interpretiert dabei die Äußerungen und bringt Ratschläge mit ein. In einer experimentellen Studie überprüften Butler & Wampler (1999) den Einfluss dieser beiden Interventionsmöglichkeiten. In einer ausbalancierten Reihenfolge wurden 25 Paare jeweils beiden Bedingungen während einer regulären Sitzung für jeweils 12 min ausgesetzt. Dabei zeigte sich, dass in der paarzentrierten Bedingung die Paare ihre eigene Verantwortung als höher und die Machtkämpfe („struggle“) zwi-

schen Therapeut und Paar als geringer einschätzten als in der therapeutenzentrierten Bedingung.

Einen patientenzentrierten Ansatz, wenn auch in einem leicht anderen Sinn, verfolgten Anker, Duncan und Sparks (2009). In ihrer Studie untersuchten sie den Einfluss von kontinuierlichem Klientenfeedback zum Therapiefortschritt auf den Therapieoutcome. Sie teilten in ihrer Studie die Paare randomisiert einer von zwei Bedingungen zu: „treatment as usual“ oder Feedbackgruppe. In der Feedbackgruppe mussten die Klienten vor der Sitzung einen Feedbackbogen über den Therapiefortschritt ausfüllen. Falls die Paare über mehrere aufeinanderfolgende Therapiesitzungen hinweg eine Verschlechterung, resp. keine Verbesserung angaben, wurden die Therapeuten angehalten dies mit dem Paar zu besprechen und der Ursache auf den Grund zu gehen. Die Auswertungen zeigten, dass Paare in der Feedbackgruppe signifikant bessere Ergebnisse am Ende der Therapie aufwiesen. Während 40% der Paare in der Interventionsgruppe zum Postmesszeitpunkt und 35% im Follow-up (sechs Monate) eine klinisch signifikante Verbesserung in der Partnerschaftszufriedenheit angaben, waren es in der Kontrollgruppe lediglich 10.8% resp. 12.5%.

### **3.2.1.2 Ebene Paar**

Wie die Ergebnisse von Butler und Wampler (1999) vermuten lassen, sind die Prozesse zwischen den Partnern noch wichtiger, als die Veränderungsprozesse zwischen Therapeut und dem Paar.

In einer frühen Studie verglichen Johnson und Greenberg (1988) die drei besten Sitzungen von erfolgreich behandelten Paaren gegenüber Paaren mit einem schlechten Therapieergebnis. Dabei zeigte sich, dass erfolgreich behandelte Paare mehr „aufweichende“ Ereignisse erlebten als die anderen. Unter „aufweichenden“ Ereignissen (softening events) wurden Interaktionssequenzen verstanden, in denen ein vorher kritischer Partner, seine eigene Verletzlichkeiten preisgab und um Trost und Unterstützung beim ändern nachfragte. In einer anderen Studie (Greenberg, James, & Conry, 1988), bei der die Klientenperspektive der Veränderungsprozesse einbezogen wurde, konnten in Interviews mit 21 Paaren fünf Kategorien identifiziert werden, die wichtige Veränderungsprozesse spiegeln: a) Ausdruck von dahinterliegenden Gefühlen (z.B. Angst, Verletzlichkeit, Scham) anstelle von oberflächlichen Emotionen (z.B. Ärger), b) Ausdruck der eigenen Gefühle und Bedürfnisse im Sinne der Selbstöffnung, c) Schaffen eines intellektuellen und emotionalen Verständnis für den anderen, d) Erkennen der Verantwortung für die eigenen Erfahrungen in der Beziehung (Was kann ich tun und nicht, was muss der andere tun, damit es mir besser geht?) und e) Erhalt von Unterstützung und Verständnis. In einer dritten Studie konnten Greenberg, Ford, Alden und Johnson (1993) aufzeigen, dass Paare Sitzungen mit der tiefgreifendsten emotionalen Erfahrung als

am besten beurteilten und dass emotionale und intime Selbstöffnung zu mehr Verständnis beim Partner führte.

Burr und Wampler (1997 in Woolley, Butler, & Wampler, 2000) untersuchten, welche therapeutischen Interventionen zu einer Veränderung der Intimität zwischen beiden Partnern während einer Therapiesitzung führten. Dabei fanden sie heraus, dass eine Intervention fünf Faktoren beinhalten muss, damit die Intimität innerhalb des Paares verändert wird. Eine wirkungsvolle Intervention muss Empathie, Einsicht und ein Bewusstsein der Beweggründen/Gefühle herstellen können, eine Verhaltensveränderungen bewirken und Unterstützung mobilisieren. Eine Zunahme der Intimität konnte lediglich dann beobachtet werden, wenn alle fünf Faktoren umgesetzt wurden. Zudem konnten einige „potentielle Momente“ identifiziert werden, bei denen es nicht zur Veränderung kam, weil eine oder mehrere dieser Faktoren fehlten.

### **3.2.2 Veränderungsmechanismen bei Paarinterventionen**

Über verschiedene Metaanalysen hinweg zeigte sich, dass die unterschiedlichsten Interventionen zu einer vergleichbaren Wirksamkeit führen (siehe auch Kapitel 2.2.1). Diese Tatsache, lässt Baucom et al. (2008) zum Schluss kommen, dass entweder für einzelne Paare unterschiedliche spezifische Veränderungsmechanismen wichtig sind, oder, dass über die verschiedenen theoretischen Orientierungen hinweg unspezifische Veränderungsmechanismen wirken.

Im Folgenden werden zuerst therapiespezifische und anschliessend therapieunspezifische Wirkmechanismen vorgestellt. Die Darstellung der therapiespezifischen Mechanismen wird auf die (angenommenen) Mechanismen der Verhaltenstherapie begrenzt.

#### **3.2.2.1 *Therapiespezifische Veränderungsmechanismen***

In der Verhaltenstherapie können vor allem drei wichtige Veränderungsmechanismen identifiziert werden.

##### **Kommunikationskompetenzen und Partnerschaftszufriedenheit**

Der wichtigste theoretische Wirkmechanismus in der Verhaltenstherapie für Paare ist, dass durch eine Verbesserung der partnerschaftlichen Interaktion eine Steigerung der Partnerschaftszufriedenheit erzielt werden kann (Baucom, Hahlweg, Atkins, Engl, & Thurmaier, 2006). Etliche Studien konnten nachweisen, dass durch präventive und therapeutische Interventionen sowohl das paarbezogene Verhalten als auch die Kommunikationsmuster signifikant verbessert werden konnten (Doss, Thum, Sevier, Atkins, & Christensen, 2005). Desweiteren konnten auch die positiven Effekte auf die Paarzufriedenheit nachgewiesen werden

(Baucom, et al., 1998), wobei diese Effekte relativ robust sind (zum Überblick siehe Christensen & Heavey, 1999).

Interessanterweise sind Forschungsergebnisse in Bezug auf diesen Wirkmechanismus inkonsistent: Einige Untersuchungen fanden keinen Zusammenhang zwischen Kommunikationsqualität und Partnerschaftszufriedenheit (z.B. Halford, Sanders, & Behrens, 1993), während andere sogar negative Zusammenhänge feststellten (Hahlweg, Markman, Thurmaier, Engl, & Eckert, 1998; Markman, et al., 1988). Schilling, Baucom, Burnett, Allen und Ragland (2003) zum Beispiel untersuchten in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen der Zunahme der Kommunikationsfertigkeiten und der Partnerschaftszufriedenheit im Anschluss an ein Präventionstraining für Paare. Dabei fanden sie, dass bei den Männern hypothesenkonform ein Rückgang der negativen und eine Zunahme der positiven Kommunikation mit einer Abnahme des Partnerschaftsstresses fünf Jahre nach der Intervention zusammenhingen. Bei den Frauen dagegen korrelierte eine Zunahme der positiven Kommunikation mit einem grösseren Risiko für Partnerschaftsstress. Baucom et al. (2006) konnten die Resultate insofern replizieren, als sie in ihrer Studie nachweisen konnten, dass Paare für Partnerschaftsstress anfälliger waren, wenn Frauen eine extreme Abnahme der negativen und eine extreme Zunahme der positiven Kommunikation aufwiesen. Im Gegensatz dazu fanden Doss et al. (2005) und Sevier, Eldridge, Jones, Doss und Christensen (2008) im Rahmen einer Paartherapievergleichsstudie, bei der traditionelle (TVT) mit integrativer Verhaltenstherapie (IVT)<sup>16</sup> verglichen wurde, die erwarteten positiven Zusammenhänge und zwar sowohl für selbstberichtete Kommunikationsfragebögen (Doss, et al., 2005) als auch für Verhaltensbeobachtung in einer Problemlöse- und einer Konfliktdiskussion (Sevier, et al., 2008).

### **Akzeptanz und Partnerschaftszufriedenheit**

Ein weiterer Wirkmechanismus, welcher vor allem in der integrativen Verhaltenstherapie betont wird (Jacobson & Christensen, 1996), bezieht sich auf die Förderung der Akzeptanz innerhalb des Paares. Doss et al. (2005) fanden in der bereits oben genannten Vergleichsstudie einen positiven Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Partnerschaftszufriedenheit. Das heisst, je grösser die Akzeptanzzunahme aufgrund der Therapie ist, desto mehr steigt auch die Zufriedenheit an. Beide Interventionsarten (TVT und IVT) führten zu einer Verbesserung der Akzeptanz und des Kommunikationsverhaltens, die TVT führte jedoch wie vermu-

---

<sup>16</sup> Die integrative Verhaltenstherapie (siehe Christensen & Jacobson, 2000) unterscheidet sich insofern von der traditionellen (Jacobson & Margolin, 1979), als der Fokus auf dem emotionalen Akzeptieren von Verhaltensweisen des Partners liegt. Das Ziel ist es, die Falle („mutual trap“) zu verhindern, in die viele Paare geraten: Anstelle sich selber zu verändern, konzentrieren sich beide Partner darauf, den andern verändern zu wollen. Aufgrund dieser Angriffe versuchen jedoch wiederum beide Partner das eigene Gesicht zu wahren und sich zu verteidigen. Dadurch entsteht eine Polarisierung und Verhärtung der beiden Positionen, die schließlich zu Frustration und Hoffnungslosigkeit führt.

tet zu einer grösseren Reduktion des Problemverhaltens und die IVT zu einem grösseren Anstieg der Akzeptanz während der Therapie. Eine Unterscheidung in die erste und zweite Hälfte der Therapie zeigte, dass die Veränderung des Problemverhaltens ein wichtiger Veränderungsmechanismus der ersten Phase ist, wohingegen die Veränderung der Akzeptanz in der zweiten Phase stärker mit der Partnerschaftszufriedenheit zusammenhing.

### **Dyadische Copingkompetenzen und Partnerschaftszufriedenheit**

Bodenmann (2005) postulierte, dass nicht nur die Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten, sondern auch die Verbesserung des dyadischen Copings zu einer Steigerung der Partnerschaftszufriedenheit führt. Grundlage dafür sind Erkenntnisse aus der Stress- und Copingforschung bei Paaren (Bodenmann, 2000b; Karney, Story, & Bradbury, 2005). In einer 2-Jahres-Follow-up-Studie untersuchten Bodenmann et al. (2008) 109 Paare, die an einem Präventionskurs teilgenommen hatten. Die Autoren konnten hierbei den Wirkmechanismus zwischen dyadischem Coping und Partnerschaftszufriedenheit bestätigen und zwar sowohl für Frauen als auch für Männer. Zudem zeigte sich, dass die Partnerschaftszufriedenheit umso grösser war, je öfter die im Kurs erlernten Strategien angewendet wurden.

#### ***3.2.2.2 Therapieunspezifische Veränderungsmechanismen***

Neben den therapiespezifischen Mechanismen könnten auch therapieunspezifische Mechanismen für den Erfolg verschiedener Therapien wichtig sein. Sullivan und Baucom (2005) prägten beispielsweise den Begriff „relationship schematic processing (RSP)“. Eine Person mit einem hohen RSP denkt über das eigene Verhalten und den Einfluss dessen auf den Partner und die Partnerschaft nach, kann die Bedürfnisse des anderen antizipieren und kann die eigenen Bedürfnisse und die des Partners ausbalancieren. Das heisst, Personen mit hoher RSP haben ein beziehungsbezogenes Denken. Sullivan und Baucom (2005) entwickelten ein Kodiersystem, um die verhaltensbezogene Ausprägung von RSP zu messen. Sie untersuchten 55 Paare vor und nach einer verhaltenstherapeutischen Paartherapie und konnten dabei aufzeigen, dass die Zunahme der Partnerschaftszufriedenheit des einen Partners mit der Zunahme der Qualität im RSQ beim anderen Partner zusammenhing. Zudem hingen grössere Werte im RSQ beim einen Partner mit den Gefühlen von Intimität und Vertrauen beim anderen zusammen.

Da die RSP lediglich in einer verhaltenstherapeutischen Paartherapie untersucht wurde, können noch keine Aussagen darüber gemacht werden, ob es sich um einen allgemeinen Wirkmechanismus aller wirksamen Paartherapieformen handelt und weitere Untersuchungen dazu sind notwendig.

### 3.3 Eigene Artikel zum Thema Prozessforschung und Partnerschaft

Bei Studie 3 handelt es sich um eine Untersuchung zu Veränderungsprozessen während der 3-Phasen-Methode, einer Intervention die in präventiven und therapeutischen Interventionen eingesetzt wird. Die Studie untersucht die Reaktionen der Paare während einem *paarzentrierten* Prozess. Inhalt der Studie 4 ist ein therapiespezifischer Veränderungsmechanismus. Ziel dieser Studie ist es, den Transfer eines innerhalb einer Sitzung gelernten Kommunikationsverhaltens auf den therapieexternen Kontext (Konfliktgespräch) zu überprüfen.<sup>17</sup>

#### 3.3.1 Studie 3: Emotionale und physiologische Reaktionen von Paaren während einer paartherapeutischen Intervention: Eine Pilotstudie.

Autoren        Marcel Schaer, Beate Ditzen, Markus Heinrichs und Guy Bodenmann  
 Status         publiziert (2007)  
 Zeitschrift    Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36 (4), 251 - 260

#### Abstract

*Theoretischer Hintergrund:* Die Wirksamkeit von Interventionen bei Paaren gilt als gut dokumentiert. Das Wissen, wie diese Veränderungen zustande kommen ist jedoch defizitär. Aus diesem Grund wurde gefordert, neben dem Therapieoutcome auch die Veränderungsprozesse der Interventionen zu erforschen.

*Fragestellung:* Ziel der vorliegenden Studie ist es zu untersuchen, wie Paare auf eine bewältigungsorientierte paartherapeutische Intervention, die 3-Phasen-Methode von Bodenmann (2004), emotional und physiologisch reagieren.

*Methode:* Während eines therapeutisch angeleiteten Gesprächs über ein paarexternes Stressereignis wurden bei den Paaren ( $N = 18$ ) die Herzrate und das emotionale Befinden erfasst.

*Ergebnisse:* Frauen wiesen gegenüber Männern stärkere emotionale und kardiovaskuläre Reaktionen auf und reagierten empathischer. Die Erfahrung von Unterstützung durch den Partner (dyadisches Coping) war mit einer emotionalen und physiologischen Entlastung assoziiert.

*Schlussfolgerung:* Die Resultate unterstreichen unter anderem die Wichtigkeit des dyadischen Copings für emotionale und physiologische Prozesse während Paarinterventionen.

---

<sup>17</sup> Um Verwirrungen vorzubeugen, muss an dieser Stelle drauf hingewiesen werden, dass in den Artikeln anstelle des Begriffs „Veränderungsmechanismus“ der Begriff „process of change“ gemäß der Definition von Greenberg (siehe Kapitel 3.1.2.2) verwendet wird.



# Emotionale und kardiovaskuläre Reaktionen von Paaren während einer paartherapeutischen Intervention

## Eine Pilotstudie

Marcel Schaer<sup>1</sup>, Beate Ditzen<sup>2,3</sup>, Markus Heinrichs<sup>3</sup> und Guy Bodenmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Fribourg, Schweiz

<sup>2</sup>Emory University, Atlanta, Georgia, USA

<sup>3</sup>Universität Zürich, Schweiz

**Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund:** Die Wirksamkeit von Paartherapien und präventiven Interventionsprogrammen für Paare gilt als gut dokumentiert. Das Wissen wie diese Veränderungen zustande kommen ist jedoch defizitär. Aus diesem Grund wurde gefordert, neben dem Therapieoutcome auch die Wirkungsweise der Interventionen zu erforschen. **Fragestellung:** Ziel der vorliegenden Studie ist es zu untersuchen, wie Paare auf eine bewältigungsorientierte paartherapeutische Intervention, die 3-Phasen-Methode von Bodenmann (2004), emotional und physiologisch reagieren. **Methode:** Während eines therapeutisch angeleiteten Gesprächs über ein paarexternes Stressereignis wurden bei den Paaren ( $N = 18$ ) die Herzrate und das emotionale Befinden erfasst. **Ergebnisse:** Frauen wiesen gegenüber Männern stärkere emotionale und kardiovaskuläre Reaktionen auf und reagierten empathischer. Die Erfahrung von Unterstützung durch den Partner (dyadisches Coping) war mit einer emotionalen und physiologischen Entlastung assoziiert. **Schlussfolgerung:** Die Resultate unterstreichen unter anderem die Wichtigkeit des dyadischen Copings für emotionale und physiologische Prozesse während Paarinterventionen.

Schlüsselwörter: Partnerschaft, Herzrate, Paartherapie, 3-Phasen-Methode, Kommunikation, Psychophysiologie, Emotionen, Wirkmechanismus, Stress, Coping

Emotional and cardiovascular reactions of couples during a couple-therapeutic intervention: a pilot study

**Abstract. Background:** The efficacy of marital therapy and distress prevention training for couples is regarded as being well documented. However, only little is known about the mechanisms of change and how couples experience these interventions. **Objective:** We explored the emotional and physiological reactions of couples in the context of the 3-phases-method of Bodenmann (2004), which trains emotion-centered communication skills and exchange of dyadic coping in couples. **Methods:** During a conversation about a relationship external stressor, emotions and heart rate were measured. **Results:** Results reveal higher emotional and physiological reactions and more empathetic in reactions in women than in men. Furthermore the results show that dyadic coping is associated with emotional and physiological discharge. **Conclusions:** The results highlight the importance of dyadic coping for physiological and emotional processes during couple interventions. Key words: marriage, heart rate, marital therapy, communication, psychophysiology, emotion, stress, coping, couple, interaction

Eine Reihe von internationalen Studien und neueren Metaanalysen dokumentiert die Wirksamkeit von präventiven und therapeutischen Interventionen bei Paaren (z. B. Dunn & Schwebel, 1995). Insbesondere die Effektivität von kognitiv-behavioralen Paarinterventionen ist heutzutage gut evaluiert (vgl. Bodenmann, Pihet & Kayser, 2006; Hahlweg, Markman, Thurmaier, Engl & Eckert, 1998;

Shadish & Baldwin, 2005). Die Forschung vernachlässigte allerdings bisher Fragen zu den Wirkprozessen der jeweiligen Interventionen sowie zu deren Indikation (Christensen, Baucom, Vu & Stanton, 2005; Schilling, Baucom, Burnett, Allen & Ragland, 2003). Dieses mangelnde Wissen ist insbesondere auch deswegen problematisch, da die Interventionen nur bei einem Teil der Paare die gewünschten Veränderungen erzielen (z. B. Christensen & Heavey, 1999). Es wäre daher klinisch relevant, empirisch fundiertes Wissen zu den Wirkprozessen der einzelnen Methoden zu haben, um das therapeutische Vorgehen je nach

Die Studie wurde unterstützt vom Forschungsfonds der Universität Fribourg (CH).

Zielgruppe (z.B. Art und Intensität der Beziehungsstörung) und Zeitpunkt ihrer Anwendung innerhalb der Therapie, an die Bedürfnisse der Paare anpassen zu können.

Das Kommunikationstraining beispielsweise, bildet seit rund 30 Jahren ein Kernstück der Verhaltenstherapie mit Paaren. Obgleich allgemein anerkannt ist, dass die Förderung der Kommunikation des Paares zu den zentralen Aufgaben der Paartherapie gehört, da eine konstruktive Kommunikation einer der wichtigsten Prädiktoren für eine zufrieden stellende und stabile Partnerschaft darstellt (vgl. Karney & Bradbury, 1995), ist die Wirkungsweise und der Wirkungsprozess empirisch bisher erst rudimentär untersucht worden. Ergebnisse von Studien, welche die Auswirkung einer Verbesserung der Kommunikation auf die Beziehungsqualität untersuchten, sind zudem inkonsistent (Halford, Sanders & Beherens, 1993; Iverson & Baucum, 1990; Schilling et al., 2003). Dies verdeutlicht die Notwendigkeit von Untersuchungen, welche nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch die Wirkmechanismen von paartherapeutischen Interventionen näher auszuleuchten versuchen (Christensen et al., 2005).

Neben dieser rein psychologischen Forschung, wurde in den letzten Jahren vermehrt die Beziehung zwischen partnerschaftlichen Kommunikationsmustern, der Beziehungsqualität und der physiologischen Aktivität während Paarinteraktionen untersucht (vgl. die Überblicksarbeit von Burman & Margolin, 1992; Groth, 1999; Groth, Fehm-Wolfsdorf & Hahlweg, 2000; Robles & Kiecolt-Glaser, 2003). Hierbei wurde die physiologische Aktivierung (z.B. Herzrate, Cortisol, ACTH), als verfälschungsresistentes Maß des „Arousals“ während eines Paargesprächs und als Vermittler der langfristigen negativen Folgen unglücklicher Partnerschaften für die Gesundheit interpretiert (vgl. Kiecolt-Glaser et al., 2005).

Auf Grund dieser und ähnlicher Erkenntnisse wurde die Forderung laut, dass das Forschungsinteresse im Bereich der Paar- und Familientherapie vermehrt auf verdeckte intrapersonelle Prozesse (Emotion, Kognition usw.) bei den Klienten gerichtet werden müsse und neben den langfristigen auch kurz- und mittelfristige Veränderungen genauer untersucht werden sollten (Heathrington, Friedlander & Greenberg, 2005).

Das Ziel der vorliegenden Pilotstudie war es, im Sinne dieser Forderung, die intrapersonellen Prozesse (emotionale und kardiovaskuläre Reaktionen) von Klienten auf eine paartherapeutische Intervention zu untersuchen. Als Intervention wurde die 3-Phasen-Methode ausgewählt, die von Bodenmann (2004) vor dem Hintergrund des dyadischen Copings entwickelt wurde und eine Erweiterung des klassischen Kommunikationstrainings darstellt. Zentral an diesem Ansatz ist die Idee, dass Partner A den gestressten Partner (Partner B) nur dann angemessen unterstützen kann, wenn Partner A verstanden hat, weshalb Partner B gestresst ist und welche Form von Unterstützung dieser benötigt. Dies setzt in einer *ersten Phase* eine angemessene Mitteilung des eigenen Stresserlebens seitens Partner B voraus. Das Paar lernt bei dieser Intervention gezielt die *Stressursachen* des Einzelnen zu erkunden,

indem es – durch aufmerksames Zuhören, gezieltes Nachfragen und Zusammenfassen der relevanten Inhalte durch den Zuhörer – wie in einem Trichter von den anfänglich sachlichen Stressschilderungen, oberflächlichen Stressgefühlen und externalisierenden Emotionen (z.B. Nervosität, Unruhe, Ärger) zu tieferen, eher internalisierenden Emotionen (Scham, Einsamkeit, Traurigkeit) und im Idealfall schließlich zu dahinter liegenden Konstrukten/Schemata gelangt. Diese Technik wird als Trichtermethode bezeichnet. Da Partner A nun weiß, warum sein Partner gestresst ist, kann er ihm in der *zweiten Phase* angemessene dyadische Unterstützung anbieten, wobei vor allem das emotionsbezogene dyadische Coping im Vordergrund stehen sollte (z.B. Verständnis zeigen, Wertschätzung, Mut machen usw.). Durch diese Unterstützung kann der Stress des Sprechers (Partner B) dyadisch bewältigt werden. In der *dritten Phase* schließlich meldet Partner B Partner A zurück, wie zufrieden er mit der Unterstützung war, wie wirksam er diese erlebt hat und was er sich noch an Unterstützung gewünscht hätte.

Ein solches Paargespräch im Rahmen der 3-Phasen-Methode wird von einem Therapeuten gecoacht und dauert in der Regel 35–40 Minuten (Phase 1: ca. 25 Minuten; Phase 2 und 3 ca. 10 min). Der positive Einfluss der bewältigungsorientierten Intervention (3-Phasen-Methode) auf die Partnerschaftsqualität und Partnerschaftsstabilität konnte in früheren Studien belegt werden (Bodenmann, 2004; Bodenmann & Shantinath, 2004). Bislang nicht erforscht wurden Wirkfaktoren der Methode auf der Ebene der Mikroprozesse und auf der physiologischen Ebene. Diese Pilotstudie gehört zu den ersten, welche die intrapersonellen Reaktionen der Partner während einer Paarintervention (in diesem Falle die 3-Phasen-Methode) untersucht. Als intrapersonelle Reaktionen wurden die emotionalen Reaktionen durch Selbsteinschätzung und die kardiovaskulären Daten als Maß der körperlichen Aktivierung erhoben. Inwiefern spezifische Emotionen direkt und kausal mit kardiovaskulären Reaktionsmustern zusammenhängen ist umstritten (vgl. Stemmler, 2004). Allerdings scheinen kardiovaskuläre Parameter für die vorliegende Studie gute Stressindikatoren zu sein, wie sich in etlichen Studien zur Stressexploration (vgl. Fritz, Nagurny & Helgeson, 2003; Lyons & Farquahr, 2002) und zur sozialen Unterstützung (vgl. Christenfeld et al., 1997; Gerin, Pieper, Levy & Pickering, 1992) zeigte. Studien, die kardiovaskuläre Veränderungen auf ein Gespräch über ein Stressthema untersuchten (z.B. Fritz et al., 2003; Lyons & Farquahr, 2002), fanden einen Anstieg der Herzrate während der Stressäußerung und eine Reduktion in der Erholungsphase. Selbst wenn Probanden lediglich über stressende Erfahrungen schreiben mussten, nahm die Herzrate zu (Epstein, Sloan & Marx, 2005). Studien zur sozialen Unterstützung legen zudem die Vermutung nahe, dass die Qualität der Zuhörerreaktion einen wesentlichen Einfluss auf die kardiovaskulären Reaktionen der Sprecher hat. Zuhörer, welche sich supportiv verhielten, bewirkten eine Senkung, Anwesende mit negativem Verhalten dagegen eine Erhöhung der physiologischen Reaktionen bei den Sprechern (z.B. Christenfeld et al., 1997; Gerin et al., 1992). Frauen zeigten bei Anwesenheit eines Freundes geringere

Herzratenreaktionen auf einen Stressor, wenn sie mit dessen Unterstützung generell zufrieden waren (Fontana, Dienan, Villeneuve & Lepore, 1999). Die bisherigen Studien vernachlässigten allerdings Fragen wie:

(a) Welche Reaktionen zeigen die unterstützenden Personen? In vielen Studien wurden lediglich die Reaktionen der gestressten Personen, jedoch nicht die der unterstützenden Personen untersucht, obwohl auch hier von einem Zusammenhang zwischen Stress, physiologischen Reaktionen und gesundheitlichen Konsequenzen ausgegangen werden darf (siehe Burman & Margolin, 1992).

(b) Welche Reaktionen werden gezeigt, wenn die Person über ein Stressereignis berichtet und vom Partner Unterstützung bekommt? Bisher wurden entweder die Reaktionen auf partnerschaftliche Unterstützung bei künstlich induziertem Stress (z. B. Christenfeld et al., 1997; Gerin et al., 1992) oder auf Unterstützungsversuche von einem Freund bzw. einem Fremden auf eine Stressschilderung untersucht (vgl. Fritz et al., 2003; Lyons & Farquahr, 2002). Die Reaktionen auf Unterstützungsversuche des *Partners* auf eine Stressschilderung wurden vernachlässigt, obwohl die partnerschaftliche Unterstützung eine der wichtigsten und häufigsten Formen von sozialer Unterstützung ist (Bodenmann, 1995).

(c) Wie reagieren Paare, wenn sie diese Form von Stresskommunikation und Unterstützung in einem therapeutischen Rahmen erlernen? Viele präventive oder therapeutische Interventionen bei Paaren versuchen die Kommunikation und Unterstützung innerhalb des Paares zu fördern. Allerdings wurde noch nicht untersucht, welche kurz- und mittelfristige Reaktionen Paare auf eine solche Intervention zeigen.

Die vorliegende Pilotstudie kann nicht all diese Fragen untersuchen und beantworten. Trotzdem soll sie einen Versuch darstellen, einige dieser offenen Punkte zu beleuchten. Auf Grund der oben aufgeführten theoretischen Überlegungen und empirischen Forschungsergebnisse werden folgende Hypothesen formuliert:

1. Bei der 3-Phasen-Methode wird erwartet, dass sich die emotionalen und kardiovaskulären Reaktionen beider Partner während den verschiedenen Phasen (siehe Abb. 1) der paartherapeutischen Intervention unterscheiden:

a) *Emotionale Reaktionen*: Auf Grund der im Gespräch angewendeten Trichtermethode (siehe oben) werden folgende emotionale Verläufe angenommen: Anstieg der internalisierenden Emotionen (Traurigkeit) während der Stressäußerung (Phase 1) und Reduktion während der Phasen 2 und 3 (dyadisches Coping und Rückmeldung). Für positive Emotionen (Freude) wird der entgegengesetzte Verlauf angenommen (Reduktion während Stressäußerung; Zunahme in den Phasen 2 und 3). Keine signifikanten Veränderungen bei externalisierenden unangenehmen Emotionen wie Ärger.

b) *Physiologische Reaktionen*: Gemäß theoretischen Überlegungen und empirischen Ergebnissen

wird angenommen, dass die kardiovaskuläre Aktivierung während der Stressäußerung ansteigt (Fritz, Nargurney & Helgson, 2003; Lyons & Farquahr, 2002) und durch das dyadische Coping wieder sinkt (Christenfeld et al., 1997; Glynn, Christenfeld & Gerin, 1999).

2. Es wird erwartet, dass die psychologischen und kardiovaskulären Reaktionen auf die Intervention von folgenden Faktoren beeinflusst werden:

a) *Geschlecht*: Frauen reagieren emotional und physiologisch stärker auf die Intervention als Männer (vgl. Glynn, Christenfeld & Gerin, 1999; Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer & Kirschbaum, 2004; Stroud, Salovey & Epel, 2002).

b) *Rolle*: Die Sprecher weisen stärkere Reaktionen auf als die Zuhörer.

c) *Partnerschaftszufriedenheit*: Da eine Selbstöffnung bezüglich unangenehmer Gefühle (z. B. Gefühl der Traurigkeit auf Grund von Enttäuschung, Hilflosigkeit usw.) von Seiten des Sprechers und das empathische Nachfühlen von Seiten des Zuhörers eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung voraussetzt, wird folgendes angenommen: Je besser die Partnerschaftsqualität ist, desto eher werden auch unangenehme Gefühle vom Sprecher zugelassen und mitgeteilt resp. vom Zuhörer nachempfunden.

## Methode

### Stichprobe

Um den Einfluss von bekannten Störvariablen auf kardiovaskuläre Variablen zu minimieren, wurden Probanden mit chronischen Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck), regelmäßigem Medikamenten- und/oder Zigarettenkonsum von der Studie ausgeschlossen. Eine Ehe zwischen den beiden Partnern wurde nicht vorausgesetzt, jedoch musste die Partnerschaftsdauer mindestens ein Jahr betragen. Rekrutiert wurden die Paare über Rundmails, Aushänge und mit der Ausschreibung der Studie auf der Homepage des Instituts für Familienforschung und -beratung. An der Studie nahmen 18 heterosexuelle Paare (36 Versuchspersonen) teil. Die Männer waren im Durchschnitt 31.9 Jahre ( $SD = 6.9$ , Range = 24 bis 45 Jahre), die Frauen 29.3 Jahre alt ( $SD = 6.6$ , Range = 20 bis 43 Jahre). Die Partnerschaftsdauer betrug im Mittel 7.87 Jahre ( $SD = 5.95$ , Range = 2 bis 19 Jahre). 50% der Paare waren verheiratet und hatten im Mittel 0.78 Kinder ( $SD = 1.26$ ; Range = 0 bis 4 Kinder), 66.7% der Paare waren kinderlos. 61,1% wohnten mit dem Partner zusammen und die meisten Probanden hatten eine höhere Schulbildung (Universität = 72%, Mittelschule = 17%, Berufslehre = 11%). Fast alle Personen (90%) gaben an, keine psychischen Probleme zu haben und niemand befand sich derzeit in psychotherapeutischer oder medikamentöser Behandlung. Die Partnerschaftsqualität (PFB; Hahlweg, 1996) lag bei den Männern bei 64,6 ( $SD = 10.6$ ; Range = 47 bis 87.), bei den Frauen bei 62.9 ( $SD = 13.2$ ;

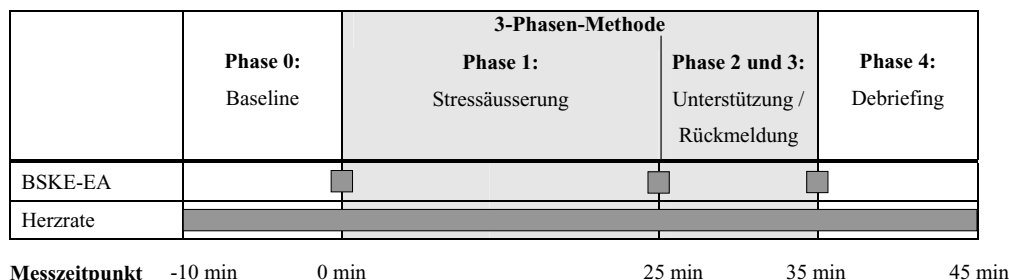


Abbildung 1. Untersuchungsdesign.

Range = 33 bis 83); es handelte sich demnach um durchschnittlich zufriedene Paare. Insgesamt lagen 22.2 % der Frauen und 16.7 % der Männer unter dem Cut-off Wert von 54 (vgl. Hahlweg, 1996).

## Messverfahren

Die Messung der relevanten Variablen erfolgte je nach Variable vor oder während der Untersuchung (siehe Abbildung 1).

**Demographische Angaben:** Als allgemeine Hintergrundinformationen wurden Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beziehungsdauer, Wohnort, Anzahl der Kinder, Religionszugehörigkeit, Ausbildung, berufliche Tätigkeit und Beschäftigungsgrad erfasst.

**Partnerschaftsfragebogen (PFB):** Der Partnerschaftsfragebogen (PFB; 31 Items; vierstufige Likert-Skala) wurde von Hahlweg (1996) zur Erfassung der Partnerschaftsqualität entwickelt. 30 Items können den drei Skalen Streitverhalten, Zärtlichkeit und Gemeinsamkeiten/Kommunikation zugeordnet werden. Die interne Konsistenz ist sehr gut (Gesamtwert = .95), die Retest-Reliabilität über sechs Monate ( $N = 50$ ) ist gut (Gesamtwert = .85). Ein Gesamtwert unter 54 deutet auf eine unbefriedigende Partnerschaft hin (Hahlweg, 1996).

Die Paare erhielten den Fragebogen zwei Wochen vor dem Gespräch nach Hause gesandt, mit der Bitte, diesen unabhängig voneinander auszufüllen und zum vereinbarten Termin mitzubringen.

**Befindlichkeitsskalierung anhand von Kategorien und Eigenschaftswörtern (BSKE-EA):** Das aktuelle psychische Befinden wurde mittels der Befindlichkeitsskalierung anhand von Kategorien und Eigenschaftswörtern (BSKE-EA; 14 Items; visuelle Analogskala) (Janke, Hüppe, Kallus & Schmidt-Atzert, 1988) erhoben und eignet sich besonders zur Erfassung von flüchtigen Gefühlen und bei Messwiederholungen. Die Items lassen sich vier Befindlichkeitsbereichen zuordnen. Für die folgende Analyse war lediglich der Bereich „spezifische Emotionen“ (Angst, Traurigkeit, Ärger und Freude) von Bedeutung. Von den Analysen ausgeschlossen wurde die Emotion „Angst“, da unklar ist, ob sich die Einschätzung auf das

Untersuchungssetting an sich bezieht oder ob sie durch spezifische Gesprächsinhalte aktualisiert wurde. Das aktuelle psychische Befinden wurde beim Paar je dreimal erhoben: vor (Messzeitpunkt t1), während (t2: direkt nach der Stressäußerungsphase nach etwa 25–30 Minuten) und am Schluss des Gespräches, also direkt nach der Unterstützungsphase (t3).

**Herzrate:** Die Messung der Herzrate erfolgte über ein Herzfrequenz-Messgerät der Firma Polar (Polar Electro Oy, Kempele, Finnland, Modell S S810i) mittels Brustgurt mit Herzfrequenzsender und einer Armbanduhr mit Empfänger. Die Analyse der Herzrate erfolgte für Durchschnittswerte von Fünf-Minuten-Abschnitten.

## Ablauf der Untersuchung

Alle Interventionssitzungen fanden am frühen Abend statt. Die Paare wurden in die theoretischen Aspekte der 3-Phasen-Methode und in die Kommunikationsregeln für Sprecher und Zuhörer eingeführt (ca. 20 min.). Danach folgte das angeleitete Paargespräch über ein paarexternes Stresserlebnis gemäß der 3-Phasen-Methode. Dies dauerte ca. 35–40 Minuten. Aus zeitlichen Gründen konnte jeweils nur eine Person pro Paar die Sprecherrolle einnehmen, die Verteilung der Kommunikationsrollen war geschlechterbalanciert. Häufigstes Gesprächsthema war Stress im Beruf bzw. Studium. Da insbesondere bei unglücklichen Paaren die Gefahr besteht, dass bei einigen paarexternen Themen (z. B. Kinder) paarinterne Konflikte angesprochen werden, wurde das Thema vor Beginn des Gesprächs mit dem Coach ausgewählt. In kritischen Fällen wurde explizit nachgefragt, ob der Stress wirklich unabhängig vom Partner sei. Dadurch konnte bei allen Paaren ein Wechsel innerhalb des Gesprächs von einem paarexternen zu einem paarinternen Thema verhindert werden.

## Auswertung

Der Verlauf der psychischen Befindlichkeit und der kardiovaskulären Reaktionen wurde anhand multipler Varianzanalysen mit Messwiederholung mit dem Within-Faktor Geschlecht und dem Between-Faktor Rolle (Sprecher versus Zuhörerrolle) ausgewertet. Um ein differenziertes Bild der Veränderungen zu erhalten, wurden Kontraste



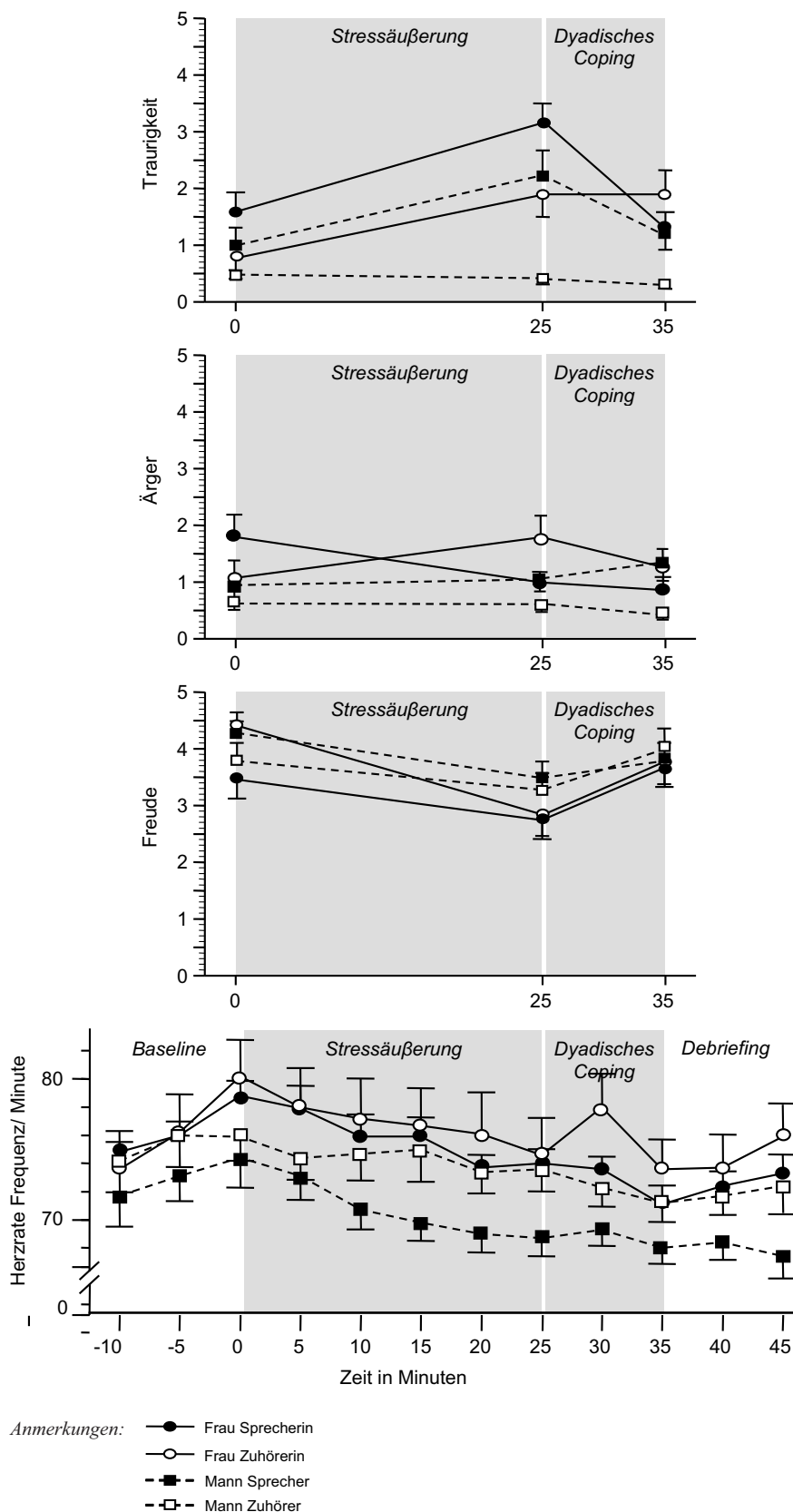


Abbildung 2. Verlauf von Traurigkeit, Ärger, Freude und Herzrate (Mittelwerte und Standardfehler).

zwischen den einzelnen Messzeitpunkten berechnet. Auf Grund der eher geringen Power werden auch die Effektgrößen ( $\eta^2$ ) angegeben. Werte von 0.01 sind als kleine, von 0.05 als mittlere und von 0.13 als große Effekte zu beurteilen (Westermann, 2000).

## Ergebnisse

### Verlauf der emotionalen Reaktion

Wie Abbildung 2 zeigt, unterscheiden sich die Verläufe von Traurigkeit, Ärger und Freude je nach Rolle, Geschlecht und Gesprächsphase.

Bei der Emotion *Traurigkeit* wurden zwei Haupteffekte bezüglich Rolle und Geschlecht gefunden. Die Sprecher gaben höhere Werte an als die Zuhörer ( $F(1;32) = 3.605$ ;  $p = .033$ ,  $\eta^2 = .096$ ) und Frauen höhere als Männer ( $F(1;32) = 4.184$ ;  $p = .025$ ,  $\eta^2 = .110$ ). Über alle Probanden gesehen, nahm die Traurigkeit während der Stressäußerungsphase zu (Sprecher: 0 min–25 min:  $F(1;16) = 11.660$ ,  $p = .002$ ;  $\eta^2 = .422$ ; Zuhörer: 0 min–25 min:  $F(1;16) = 3.825$ ;  $p = .03$ ;  $\eta^2 = .193$ ), mit Ausnahme der männlichen Zuhörer, die keine Veränderung der Traurigkeit angaben. In der Phase der Unterstützung reduzierte sich die Traurigkeit nur bei den Sprechern (25 min–35 min:  $F(1;16) = 12.049$ ,  $p = .002$ ;  $\eta^2 = .430$ ), jedoch nicht bei den Zuhörern (25 min–35 min:  $F(1;16) = 0.001$ ,  $p = n.s.$ ;  $\eta^2 = .000$ ).

Weibliche Zuhörer gaben mehr *Ärger* an als männliche ( $F(1;16) = 2.972$ ;  $p = .05$ ). Veränderungen über die Zeit wurden nicht signifikant (Sprecher: 0 min–25 min:  $F(1;16) = 1.16$ ,  $p = n.s.$ ;  $\eta^2 = .07$ ; Zuhörer: 0 min–25 min:  $F(1;16) = 1.044$ ,  $p = n.s.$ ;  $\eta^2 = .06$ ), allerdings zeigte sich bei den Frauen ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Sprecher- und Zuhörerinnen (Interaktionseffekt 0 min–25 min:  $F(1;8) = 3.829$ ;  $p = .030$ ;  $\eta^2 = .193$ ).

Bei den Sprechern wie auch bei den Zuhörern nahm die Emotion *Freude* in der Stressäußerungspha-

se signifikant ab (Sprecher: 0 min–25 min:  $F(1;16) = 6.680$ ,  $p = .010$ ;  $\eta^2 = .295$ ; Zuhörer: 0 min–25 min:  $F(1;16) = 10.798$ ;  $p = .003$ ;  $\eta^2 = .403$ ) und nach der zweiten Phase in der 3-Phasen-Methode (dyadisches Coping durch den Partner) wieder signifikant zu (Sprecher: 0 min–25 min:  $F(1;16) = 7.657$ ,  $p = .007$ ;  $\eta^2 = .324$ ; Zuhörer: 0 min–25 min:  $F(1;16) = 8.809$ ;  $p = .005$ ;  $\eta^2 = .355$ ). Die weiblichen Zuhörer zeigten zu Gesprächsanfang mehr Freude und nach der Stressäußerungsphase weniger Freude als die männlichen Zuhörer (Interaktionseffekt  $t_1 - t_3$ :  $F(1;16) = 3.273$ ;  $p = .040$ ;  $\eta^2 = .170$ ).

Bedeutsame Zusammenhänge von emotionalen Reaktionen zwischen Sprecher und Zuhörer nach der Stress-

äußerung konnten nur gefunden werden, wenn Frauen die Zuhörerrolle inne hatten (Ärger  $r = .753$ ;  $p = .010$ ; Freude  $r = .727$ ;  $p = .013$ ).

### Einfluss der Partnerschaftsqualität auf die emotionale Reaktion

Die Partnerschaftsqualität (PFB-Gesamtscore) korreliert insbesondere bei den Zuhörern in hohem Maße mit dem emotionalen Erleben (siehe Tabelle 1) über die Untersuchungssituation hinweg. Bei den Männern konnte allerdings eine im Vergleich zu den Frauen inverse Bezie-

**Tabelle 1.** a) Korrelationen zwischen emotionsspezifischen Variablen (Traurigkeit, Ärger und Freude) und der Partnerschaftszufriedenheit (getrennt nach Geschlecht); b) Korrelationen zwischen emotionsspezifischen Variablen (Traurigkeit, Ärger und Freude) und der Herzrate (getrennt nach Geschlecht) und c) Korrelationen zwischen Herzrate und Partnerschaftszufriedenheit (getrennt nach Geschlecht)

		zu Messzeitpunkt 0 min		zu Messzeitpunkt 25 min		zu Messzeitpunkt 35 min	
		Sprecher	Zuhörer	Sprecher	Zuhörer	Sprecher	Zuhörer
<b>a) Korrelation der Emotionen mit PFB</b>							
<b>Frauen</b>							
Traurigkeit	<i>r</i>	-.513	-.496°	.074	-.694*	-.545	-.636*
Ärger	<i>r</i>	-.156	-.722*	-.439	-.699*	-.350	-.521°
Freude	<i>r</i>	.518°	.475°	-.138	.699*	.337	.775**
<b>Männer</b>							
Traurigkeit	<i>r</i>	.557	.563°	.115	.632*	.543	.709*
Ärger	<i>r</i>	.515	.632*	.702*	.450	.610*	.747**
Freude	<i>r</i>	-.629*	-.0447	-.726*	-.589*	-.577°	-.743*
<b>Unterschied Frauen – Männer<sup>1</sup></b>							
Traurigkeit	<i>z</i>	-.4.97***	-.5.08***	-.0.17	-.6.52***	-.5.34***	-.6.88***
Ärger	<i>z</i>	-.3.05**	-.7.21***	-.5.52***	-.5.21***	-.4.61***	-.6.30***
Freude	<i>z</i>	.5.10***	.4.24***	.3.40***	.6.03***	.4.27***	.7.96***
<b>b) Korrelation der Emotionen mit HR</b>							
<b>Frauen</b>							
Traurigkeit	<i>r</i>	.178	.160	-.183	-.0.133	.680*	-.167
Ärger	<i>r</i>	.425	-.498°	.182	.056	.457	-.032
Freude	<i>r</i>	-.254	.061	-.073	.161	-.632*	.158
<b>Männer</b>							
Traurigkeit	<i>r</i>	.327	-.798**	.105	-.674*	.503°	-.758*
Ärger	<i>r</i>	.061	-.668**	.543°	-.703*	.755*	-.491°
Freude	<i>r</i>	-.347	.370	-.619*	.765**	-.639*	.409
<b>Unterschied Frauen – Männer<sup>1</sup></b>							
Traurigkeit	<i>z</i>	-.0.61	.5.12***	-.0.92	.2.96**	.0.54	.3.26***
Ärger	<i>z</i>	.1.88*	.0.97	-.1.65°	.3.92***	-.1.39°	.1.75*
Freude	<i>z</i>	.0.30	-.1.38°	.2.68**	-.3.18***	-.1.00	-.0.72
<b>c) Korrelation der HR mit PFB</b>							
		-10 min bis 0 min		0 bis 25 min		25 bis 35 min	
		Sprecher	Zuhörer	Sprecher	Zuhörer	Sprecher	Zuhörer
<b>Frauen</b>							
<i>r</i>		-.318	.532°	-.276	.372	-.143	.339
<b>Männer</b>							
<i>r</i>		.233	-.447	.207	-.600*	.088	-.576*
<b>Unterschied Frauen – Männer<sup>1</sup></b>							
		-.2.37**	.4.92***	-.2.19*	.4.99***	-.1.02	.4.56***

Anmerkungen: Deskriptive *p*-Werte: ° $p < .10$ , \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ . <sup>1</sup> Unterschiede zwischen den Korrelationskoeffizienten wurden mit dem Test von Steiger (1980) für abhängige Daten getestet.

hung festgestellt werden. Zuhörerinnen mit geringer Partnerschaftsqualität gaben während des Gesprächs zu den meisten Messzeitpunkten signifikant höhere *Traurigkeit*, *stärkeren Ärger* und *geringere Freude* an. Bei den männlichen Zuhörern dagegen, ging eine höhere Partnerschaftsqualität mit geringerer Freude, stärkerem Ärger und größerer Traurigkeit einher. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowohl für Sprecher als auch für Zuhörer sind über alle Messzeitpunkte signifikant, mit Ausnahme der Traurigkeit der Sprecher zum Messzeitpunkt direkt nach der Stressäußerung (siehe Tabelle 1).

### Verlauf der kardiovaskulären Reaktionen

Die Herzrate der Probanden wies in weiten Teilen unabhängig von Rolle und Geschlecht einen ähnlichen Verlauf auf. Die Herzrate stieg während der Antizipation des Gesprächs an (Zeiteffekt:  $-15 \text{ min} - 0 \text{ min}$ :  $F(1;32) = 24.482$ ;  $p = .000$ ;  $\eta^2$ : .433) und sank während der Stressäußerung (Zeiteffekt:  $0 \text{ min} - 25 \text{ min}$ :  $F(1;32) = 30.488$ ;  $p = .000$ ;  $\eta^2$ : .488) und dem dyadischen Coping (Zeiteffekt:  $25 \text{ min} - 35 \text{ min}$ :  $F(1;32) = 7.821$ ;  $p = .009$ ;  $\eta^2$ : .196) wieder ab, so dass die Probanden zum Schluss signifikant tiefere Werte aufwiesen, als zu Beginn der Untersuchung (Zeiteffekt  $-15 \text{ min} - 35 \text{ min}$ :  $F(1;32) = 5.789$ ;  $p = .022$ ;  $\eta^2$ : .153). Ausnahme bilden hier die Reaktionen der weiblichen Zuhörer, die im Gegensatz zu den männlichen Zuhörern zu Beginn der Unterstützung (Phase 2), einen kurzen Anstieg und erst anschließend wieder einen Abfall (tendenziell signifikanter Interaktionseffekt:  $25 \text{ min} - 30 \text{ min}$ :  $F(1;16) = 1.985$ ,  $p = .09$ ;  $\eta^2 = .110$ ) verzeichneten. Geschlechtsunterschiede konnten zudem in der Höhe der Herzrate gefunden werden: männliche Sprecher wiesen eine tiefere Herzrate auf als die weiblichen (Haupteffekt:  $F(1;16) = 3.576$ ;  $p = .038$ ;  $\eta^2$ : .183).

### Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsqualität, emotionalen und kardiovaskulären Reaktionen

Signifikante negative Zusammenhänge zwischen Partnerschaftszufriedenheit und der Herzrate konnten vor allem bei den männlichen Zuhörern während der Stressäußerung und dem dyadischen Coping gemessen werden. Weibliche Zuhörer wiesen in der Phase der Gesprächsantizipation einen tendenziell signifikanten, positiven Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit in der Partnerschaft und der Herzrate auf (siehe Tabelle 1). Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren zu allen Messzeitpunkten signifikant (Ausnahme: Sprecher in der Phase der Unterstützung).

Signifikante Beziehungen zwischen emotionalen und physiologischen Reaktionen auf die unterschiedlichen Phasen der Interaktion zeigten sich für die Sprecherinnen am Schluss des Gesprächs. Bei den männlichen Zuhörern dagegen wurden zu allen Messzeitpunkten signifikant negative Zusammenhänge zwischen Emotionen und Herzrate gefunden (siehe Tabelle 1).

## Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, emotionale und kardiovaskuläre Reaktionen von Paaren während einer paartherapeutischen Intervention (3-Phasen-Methode von Bodenmann, 2004) zu untersuchen, um mehr über die ablaufenden intrapsychischen und begleitenden physiologischen Prozesse während einer solchen Intervention zu erfahren. In diesem Bereich besteht ein relativ ausgeprägtes Forschungsdefizit (vgl. Christensen et al., 2005; Heathrington, Frielander & Greenberg, 2005). Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurden emotionale und kardiovaskuläre Reaktionen von Sprecher und Zuhörer während eines angeleiteten Paargesprächs über ein Stressereignis erfasst und in Bezug zum Geschlecht von Sprecher und Zuhörer sowie deren Partnerschaftszufriedenheit gesetzt. Die Untersuchung erfolgte an 18 Paaren im Rahmen einer Pilotstudie.

Die Ergebnisse zeigen, dass der *Verlauf der emotionalen Reaktionen* bei den Sprechern den Erwartungen entspricht. Traurigkeit nahm bei ihnen in der emotional tieferen Stressäußerungsphase (Ende der ersten Phase) zu und während Phase 2/3 (supportives dyadisches Coping des Partners) ab. Bei Freude zeigte sich der entgegengesetzte Verlauf. Keine signifikanten Veränderungen wurden im Verlauf der 3-Phasen-Methode bei der Emotion Ärger gefunden. Dies entspricht der Hypothese, da es im Gespräch darum geht, die *Ursache* des Stresses zu entdecken, d. h. die tiefer liegenden Emotionen (Scham, Einsamkeit, Traurigkeit) und unter Umständen auch die dazugehörenden Konstrukte. Ärger kann somit zwar zu Beginn des Gesprächs leicht zunehmen, gegen Ende der Stressäußerungsphase sollten jedoch die tieferen Emotionen überwiegen. Da die Emotionen nur vor und nach, nicht aber während der Stressäußerung gemessen werden konnten, wurde bei Ärger wie vermutet keine Veränderung festgestellt.

Die hypothesenkonformen Veränderungen bezüglich der Emotionen Traurigkeit und Freude sind ein Hinweis darauf, dass die in der Stressäußerungsphase angewandte Trichterethode (vgl. Bodenmann, 2004) und das anschließende dyadische Coping die erwünschten Wirkungen zeigen. Die deutliche Reduktion der Traurigkeit während der Unterstützung durch den Partner (dyadisches Coping, Phase 2 der 3-Phasen-Methode) weist zudem auf die Wichtigkeit partnerschaftlicher Unterstützung bei der Emotionsregulation in der Dyade hin.

Bezüglich der *geschlechtsspezifischen Unterschiede* wurde angenommen, dass Frauen emotional und physiologisch stärker auf das Gespräch reagieren. Auch diese Hypothese konnte mehrheitlich bestätigt werden. Weibliche Zuhörer gaben in der Stressäußerungsphase ihres Partners (1. Phase der 3-Phasen-Methode) einerseits eine stärkere Abnahme der Freude und andererseits einen stärkeren Anstieg der Traurigkeit als die männlichen Zuhörer an und wiesen mehr signifikante Korrelationen mit den Sprechern auf. Das heißt folgendes: Wenn bei den männlichen Sprechern die Traurigkeit zunahm, stieg diese bei den weiblichen Zuhörern auch an, umgekehrt konnte da-

gegen kein paralleler Verlauf beobachtet werden, da die männlichen Zuhörer keine Veränderungen angaben. Diese Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, dass weibliche Zuhörer emotional betroffener auf die Stressäußerungen ihres Partners reagieren als männliche Zuhörer dies tun. Das ist konsistent mit früheren Forschungsergebnissen, welche Frauen als empathischer und empfänglicher für den Stress des Partners schildern (Lafferty, 2004; Neff & Karney, 2005). Damit übereinstimmend zeigten Frauen in früheren Untersuchungen für Hilfesuchende mehr Sympathie als Männer (z. B. Basow & Rubenfeld, 2003). Insgesamt konnten bei den Männern nur wenige Veränderungen im Emotionsverlauf festgestellt werden. Um diese geringe Veränderung über die Zeit bei den Männern zu erklären, können zwei Vermutungen angeführt werden: (1) Männer fühlen sich durch soziale Anforderungen und Interaktionen weniger belastet (Stroud, Salovey & Epel, 2002) und reagieren deswegen auf diese Anforderungen auch weniger emotional. (2) Es könnte auch sein, dass Männer zwar ähnlich belastet wie die Frauen sind, aber die Emotionen schlechter wahrnehmen und differenzieren können. Dieser Frage sollte in Folgeuntersuchungen an größeren Stichproben weiter nachgegangen werden.

Unsere Ergebnisse zeigen weiter, dass das emotionale Erleben während des paartherapeutischen Gesprächs wie erwartet wesentlich mit der *Zufriedenheit in der Partnerschaft* zusammenhing. Frauen mit niedriger Partnerschaftszufriedenheit gaben während des Gesprächs weniger angenehme und mehr unangenehme Gefühle an, und sie waren während des Gesprächs emotional betroffener. Die Männer dagegen wiesen eine positive Beziehung zwischen den emotionalen Reaktionen und der Zufriedenheit auf (je größer die Partnerschaftszufriedenheit, desto höhere Werte in Traurigkeit, Ärger und desto niedrigere Werte in Freude). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Männer sich mehr auf das Gespräch einlassen, d. h. mehr (negative) Emotionen zulassen, aber auch selber empathischer reagieren können, wenn sie in einer zufriedenen Partnerschaft sind. Je unzufriedener sie sind, desto mehr ziehen sie sich emotional zurück. Diese Vermutung, wird durch die physiologischen Korrelate weiter gestützt. Je geringere Partnerschaftszufriedenheit die männlichen Zuhörer angeben, desto höher ist ihre Herzrate, und je höher ihre Herzrate desto weniger Traurigkeit und Ärger jedoch desto mehr Freude geben sie an. Männliche Zuhörer mit niedrigerer Partnerschaftszufriedenheit geben also weniger unangenehme und mehr angenehme Emotionen an, obwohl sie physiologisch erregter sind.

Die *Herzrate* stieg hypothesenkonform für alle Personen während der Antizipation des Gesprächs an. Dieser Anstieg geschieht vermutlich auf Grund der kognitiven Vorwegnahme des Gesprächs und konnte auch schon in früheren Studien beobachtet werden (z. B. Lyons & Farquahr, 2002). Entgegen der Hypothese und den Resultaten von Lyons und Farquahr (2002) sank die Herzrate während der Stressäußerungsphase allerdings wieder ab. Zur Erklärung dieses Effektes kann folgende Überlegung angefügt werden: Die angewendete Intervention verfolgt

zwei Ziele. Einerseits geht es darum, durch Fragen und interessiertes Zuhören dem Gespräch Tiefe zu geben, um so eine Problemaktualisierung zu ermöglichen. Damit dies möglich ist, wird andererseits darauf geachtet, dass die Gesprächsregeln eingehalten werden, d. h. dass sich die Zuhörer empathisch, wohlwollend und interessiert verhalten, aber auch dass der Sprecher die emotionale Bedeutung, welche das Ereignis für ihn hatte, herausschält. Dadurch wirken in der Stressäußerungsphase zwei entgegengesetzte Mechanismen auf das kardiovaskuläre System ein: die Stressexploration und das supportive Verhalten. Mittels der Interventionen eines Coaches während des Gesprächs wurde darauf geachtet, dass das Gespräch an Tiefe gewann und nicht in einem belanglosen Gespräch endete. Fehlende Gesprächstiefe sollte als Grund für die Reduktion der Herzrate somit ausgeschlossen werden können. Dies legt den Schluss nahe, dass wahrscheinlich das positive Verhalten des Zuhörers (welches wiederum durch die Interventionen des Coaches beim Zuhörer sichergestellt wurde) für die Reduktion der Herzrate verantwortlich ist. Daher führt nicht erst die Unterstützungsphase, sondern bereits das empathische und interessierte Zuhören und Nachfragen zu einer Beruhigung der Herzrate. Dies ist ein weiterer, in diesem Falle physiologischer Hinweis darauf, dass die Kompetenzen der Zuhörer von eminenter Wichtigkeit sind.

In der Phase der dyadischen Unterstützung (2. Phase) konnte bei den weiblichen Zuhörern, im Gegensatz zu den männlichen, ein erneuter Anstieg der Herzrate gemessen werden. Als Erklärung dient die bereits bei der Diskussion der emotionalen Unterschiede geäußerte Vermutung, dass sich Frauen durch soziale Anforderungen belasteter fühlen (Stroud, Salovey & Epel, 2002). Unterstützt wird diese These durch den Umstand, dass die Frauen insgesamt physiologisch stärker und differenzierter auf das Gespräch reagierten. Sie verzeichneten auch während der Antizipation des Gesprächs den steileren Anstieg der Herzrate und wiesen während der ersten Phase der 3-Phasen-Methode eine höhere Herzratenaktivität auf. Die Erkenntnis, dass Frauen eine stärkere Herzratenaktivität auf ein Gespräch oder andere Stressoren aufweisen als Männer, ist nicht neu und wurde bereits in etlichen anderen Studien berichtet (vgl. Glynn, Christenfeld & Gerin, 1999; Kudiella et al., 2004).

Damit zeigen die Ergebnisse unserer Pilotstudie, dass in der Tat sowohl auf der Ebene des intra-psychischen Erlebens wie auch der kardiovaskulären Prozesse gewisse, durch die paartherapeutischen Intervention bedingte, Veränderungen nachgewiesen werden können. Diese Befunde sind neuartig und noch nicht konsistent in einen theoretischen Bezugsrahmen integrierbar, insbesondere was deren Bedeutung für den Verlauf der Paartherapie und deren Ausgang anbelangt. Sie dokumentieren jedoch, dass (a) die 3-Phasen-Methode der Stressexploration mit einem tieferen emotionalen Erleben einhergehen, (b) die Erfahrung von dyadischem Coping seitens des Partners mit einer emotionalen und physiologischen Entlastung assoziiert ist und (c) sich das emotionale Erleben im Verlauf der Trichtermethode verändert, d. h. dass tiefere Emo-



tionen durch die Methode stimuliert werden, wenn der Therapeut mit dem Paar auf das in der Stresssituation zu Grunde liegende Konstrukt hinarbeitet.

*Einschränkungen* bei der Interpretation der Befunde dieser Studie sind jedoch insbesondere im Hinblick auf die geringe Stichprobengröße gegeben, da dadurch die Generalisierung limitiert ist. Zudem lag die Partnerschaftszufriedenheit bei den untersuchten Paaren eher im Mittel. Bei mehr Paaren mit einer breiteren Streuung bezüglich der Partnerschaftszufriedenheit könnten die Zusammenhänge zwischen Partnerschaftszufriedenheit und den Reaktionen während der 3-Phasen-Methode noch differenzierter untersucht werden. Des Weiteren kann angemerkt werden, dass das Untersuchungssetting stark dem Erstgespräch in einer Therapie bzw. einer Sitzung im Rahmen eines Präventionstrainings ähnelte, jedoch nicht im Rahmen einer effektiven Therapie stattfand, womit eher eine quasiexperimentelle Bedingung untersucht wurde. Die Generalisierung auf eine effektive Paartherapie wird daher möglicherweise erschwert. In einer Nachfolgeuntersuchung wäre eine Ausdehnung auf mehrere Sitzungen anzustreben, um die genannten Variablen besser kontrollieren und den Verlauf während der gesamten Therapie untersuchen zu können. Eine Längsschnittuntersuchung hätte zudem den Vorteil, dass die Paare sowohl die Methode als auch den Therapeuten bereits kennen würden und somit im Trichter zu tieferen Emotionen gelangen könnten.

Da man mit Implikationen für die Praxis auf Grund der kleinen Stichprobe und der genannten methodischen Vorbehalte vorsichtig sein muss, hoffen wir, dass diese Studie ähnlichen, jedoch ausführlicheren Untersuchungen dieser Art als Impuls dienen kann.

## Literatur

- Basow, S. A. & Rubenfeld, K. (2003). „Troubles Talk“: Effects of gender and gender-typing. *Sex Roles*, 48, 183–187.
- Bodenmann, G. (1995). *Bewältigung von Stress in Partnerschaften. Der Einfluss von Belastungen auf die Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2004). *Verhaltenstherapie mit Paaren. Ein modernes Handbuch für die psychologische Beratung und Behandlung*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G., Pihet, S. & Kayser, K. (2006). The relationship between dyadic coping, marital quality and well-being: A two year longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 20, 485–493.
- Bodenmann, G. & Shantinath, S. D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53 (5), 477–484.
- Burman, B. & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 39–63.
- Christenfeld, N., Gerin, W., Linden, W., Sanders, M., Mathur, J., Deich, J. & Pickering, T. G. (1997). Social support effects on cardiovascular reactivity: Is a stranger as effective as a friend? *Psychosomatic Medicine*, 59, 388–398.
- Christensen, A., Baucom, D., Vu, C. & Stanton, S. (2005). Methodologically sound, cost-effective research on the outcome of couple therapy. *Journal of Family Psychology*, 19 (1), 6–17.
- Christensen, A. & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. In J. T. Spence, J. M. Darley & D. J. Foss (Eds.), *Annual review of psychology* (pp. 165–190). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Dunn, R. L. & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*, 9, 58–68.
- Epstein, E. M., Sloan, D. M. & Marx, B. P. (2005). Getting to the heart of the matter: Written disclosure, gender, and heart rate. *Psychosomatic Medicine*, 67, 413–419.
- Fontana, A. M., Diegnan, T., Villeneuve, A. & Lepore, S. (1999). Nonevaluative social support reduces cardiovascular reactivity in young women during acutely stressful performance situations. *Journal for Behavioral Medicine*, 22 (1), 75–91.
- Fritz, H., Nagurny, A. J. & Helgeson, V. S. (2003). Social interactions and cardiovascular reactivity during problem disclosure among friends. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (6), 713–725.
- Gerin, W., Pieper, C., Levy, R. & Pickering, T. G. (1992). Social support in Social interaction: A moderator of cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54, 183–194.
- Glynn, L. M., Christenfeld, N. & Gerin, W. (1999). Gender, Social Support, and Cardiovascular Response to Stress. *Psychosomatic Medicine*, 61, 234–242.
- Groth, T. (1999). *Partnerschaft als Belastungsfaktor: Psychophysiologische Reaktivität in akuten partnerschaftlichen Konfliktgesprächen*. Hamburg: Kovac.
- Groth, T., Fehm-Wolfsdorf, G. & Hahlweg, K. (2000). In E. H. Witte & Ch. Bleich (Hrsg.), *Sozialpsychologie des Stresses und der sozialen Unterstützung* (S. 33–55). Lengerich: Pabst Science Publications.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik: Partnerschaftsfragbogen PFB, Problemliste PL und Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft FLP*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Markman, H. J., Thurmaier, F., Engl, J. & Eckert, V. (1998). Prevention of marital distress: Results of a German prospective longitudinal study. *Journal-of-Family-Psychology*, 12 (4), 543–556.
- Halford, W. K., Sanders, M. R. & Beherens, B. C. (1993). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioural relationship education program. *Journal of Family Psychology*, 15, 750–768.
- Heathrington, L., Friedlander, M. & Greenberg, L. (2005). Change process research in couple and family therapy: Methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19 (1), 18–27.
- Iverson, A. & Baucom, D. H. (1990). Behavioral marital therapy outcomes: Alternate interpretations of the data. *Behavior Therapy*, 21, 129–138.
- Janke, W., Hüppe, M., Kallus, W. & Schmidt-Atzert, L. (1988). *Befindlichkeitsskalierung anhand von Kategorien und Eigenschaftswörtern. BSKE, BSKE-EA, BSKE-EAK*. Würzburg: Institut für Psychologie.
- Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3–34.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S. L. & Glaser, R. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 1377–1384.
- Kudielka, B. M., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D. H. & Kirschbaum, C. (2004). Differential heart rate reactivity and recovery after psychosocial stress (TSST) in health children, younger adults, and elderly adults: The impact of age and gender. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11 (2), 116–121.
- Lafferty, J. (2004). *The relationship between gender, empathy, and aggressive behaviours among early adolescents*. Dis-

- sertation Abstracts International, 64, 63–77.
- Lyons, A. C. & Farquahr, C. (2002). Past disclosure and conversation experience. Effects on cardiovascular functioning while women talk. *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (10), 2043–2066.
- Neff, L. A. & Karney, B. R. (2005). Gender differences in social support: A question of skill or responsiveness? *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (1), 79–90.
- Robles, T. F. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology and Behavior*, 79, 409–416.
- Schilling, E. A., Baucom, D., Burnett, Ch., Allen, E. S. & Ragland, L. (2003). Altering the course of marriage: The effect of PREP communication skills acquisition on couples risk of becoming maritally distressed. *Journal of Family Psychology*, 17 (1), 41–53.
- Shadish, W. R. & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A Meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology*, 73 (1), 6–14.
- Steiger, J. H. (1980). Tests for comparing elements of a correlation matrix. *Psychological Bulletin*, 87, 245–251.
- Stemmler, G. (2004). Physiological process during emotion. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 33–70). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stroud, L. R., Salovey, P. & Epel, E. S. (2002). Sex Differences in stress responses: Social rejection versus achievement stress. *Biological Psychiatry*, 52, 318–327.
- Westermann, R. (2000). *Wissenschaftstheorie und Experimentalmethodik. Ein Lehrbuch zur Psychologischen Methodenlehre*. Göttingen: Hoegrefe.

Manuskript eingegangen: 11. 09. 2006

Manuskript angenommen: 31. 01. 2007

Marcel Schaer

Institut für Familienforschung und -beratung  
der Universität Fribourg  
Rue de Faucigny 2  
1700 Fribourg  
Schweiz  
E-Mail: marcel.schaer@unifr.ch

### 3.3.2 Studie 4: Effects of Communication Training and Oxytocin on Cortisol, Conflict Behavior and its Evaluation during Marital Conflict

Autoren Marcel Schaer, Beate Ditzen, Markus Heinrichs und Guy Bodenmann

Status nicht publiziert

#### Abstract

Numerous studies have shown that behavioral marital interventions are effective, but little is known about the short-term intrapersonal processes during marital interaction caused by such interventions. In order to take a closer look at these underlying change processes, we examined psychological, physiological, and behavioral reactions of couples (N = 60) during couple conflict in the laboratory in three different groups (couples with a short communication training, with intranasal oxytocin or with intranasal placebo). Both interventions (communication coaching and intranasal oxytocin) showed a positive influence on *conflict behavior*. Couples in the oxytocin group exhibited a significant stronger decrease in cortisol over time, and couples in the communication group rated their own and their partners' behaviors as more negative than couples in the other two groups. Findings are considered in the light of previous research on couple interventions.



## **EFFECTS OF COMMUNICATION TRAINING AND OXYTOCIN ON CORTISOL, CONFLICT BEHAVIOR, AND ITS EVALUATION DURING MARITAL CONFLICT**

Short Titel: Communication Training and Intranasal Oxytocin

Marcel Schaer, Beate Ditzen, Markus Heinrichs und Guy Bodenmann

University of Zurich, Switzerland

### **Abstract**

Numerous studies have shown that behavioral marital interventions are effective, but little is known about the short-term intrapersonal processes during marital interaction caused by such interventions. In order to take a closer look at these underlying processes of change, we examined psychological, physiological, and behavioral reactions of couples (N = 60) during couple conflict in the laboratory in three different groups (couples with a short communication training, couples with intranasal oxytocin or intranasal placebo). Both interventions (communication coaching and intranasal oxytocin) showed a positive influence on *conflict behavior*. Couples in the oxytocin group exhibited a significant stronger decrease in cortisol over time, and couples in the communication group rated their own and their partners' behaviors as more negative than couples in the other two groups. Findings are considered in the light of previous research on couple interventions.

## INTRODUCTION

Extensive research has shown that the quality of marital interaction plays a crucial role in determining long-term relationship satisfaction and relationship stability (Weiss & Heyman, 1997), but also individual health (Kiecolt Glaser & Newton, 2001). It has been suggested that negative long-term consequences of conflictuous marital relationships might be caused by the accumulation of psychological (e.g., emotions, appraisals) and physiological intrapersonal reactions (cardiovascular, endocrine, and immune functioning) during dysfunctional marital interaction (Burman & Margolin, 1992; Robles & Kiecolt Glaser, 2003).

Given this interplay between marital behavioral, psychological, and physiological processes, behavioral marital therapy and prevention programs try to improve marital interaction behavior (Sanford, 2006) mainly by means of communication training. The predominant underlying idea is to lead the couples to more positive behavior in their daily interaction through supervised communication training (Holtzworth Munroe & Jacobson, 1991). Thereby, couples are first introduced to communication rules (speaker and listener rules) and subsequently prompted and supported by a therapist in applying them. As a further development, supervised communication exercises may also include discussions about couple-external stress (e.g., stress concerning work, stress with neighbors or kin), thereby expanding communication training by providing social support (Bodenmann, 2007). The aim of these communication exercises in a structured setting is not only to reduce dysfunctional communication patterns (such as contempt, criticism), but also to enhance positive and functional communication behavior (such as self-disclosure, showing interest) in marital interactions. These are thought to reduce short-term dysfunctional psychological and physiological reactions during marital interaction and increase long-term well-being and satisfaction in the relationship.

Although numerous studies have shown that behavioral marital interventions are powerful methods to improve communication quality, marital satisfaction, and quality of marital interaction (Christensen & Heavey, 1999; Jakubowski, Milne, Brunner, & Miller, 2004; Shadish & Baldwin, 2003, 2005), recent findings about change mechanisms are not as homogenous as might have been expected. In particular, empirical data do not support the theoretical assumption that improvement of communication quality directly leads to better functioning relationships (Baucom, Hahlweg, Atkins, Engl, & Thurmaier, 2006; Bodenmann, Bradbury, & Pihet, 2009; Schilling, Baucom, Burnett, Allen, & Ragland, 2003). There is little knowledge about the short-term intrapersonal processes during marital interaction caused by such interventions (Schaer, Ditzen, Heinrichs, & Bodenmann, 2007). A closer look at these processes

and a comparison between the way communication training causes intrapersonal processes in contrast to oxytocin as an example of physiological influence may provide further insight into the underlying processes of change (Doss, 2004).

### **The Present Study**

In this study, we examined psychological, physiological, and behavioral reactions during couple conflict in the laboratory in three different groups: 1) A short training in form of a supervised communication training, 2) the administration of intranasal oxytocin, and 3) the administration of an intranasal placebo.

In order to learn more about different processes of change, we collected several types of data: behavioral observation measurements as a predictor of the objective changes, appraisal of the communication conflict as a predictor of subjective evaluation of the conflict discussion, and salivary cortisol as a physiological parameter of the endocrine stress system. A series of studies have shown that the HPA axis releases the hormone cortisol in response to stress, mainly in situations involving a social threat (Laurent & Powers, 2007), and that marital interactions affect the HPA system depending on quality of interaction, marital satisfaction, and attachment (Powers, Pietromonaco, Gunlicks, & Sayer, 2006). Even if not all results take the same line, there is evidence that, the more social stress a subject experiences, the greater the increase in cortisol secretion (Dickerson & Kemeny, 2004; Fehm Wolfsdorf, Groth, Kaiser, & Hahlweg, 1999).

We expected that both, communication training and intranasal oxytocin, would increase positive behavior (such as interest, self-disclosure) and decrease negative behavior (such as criticism, contempt) during couple conflict, increase the positive evaluation of communication after the conflict, and decrease cortisol levels.

## **METHODS**

### **Participants**

Seventy heterosexual couples (N=140 subjects), aged between 20 and 60 years ( $M = 30.2$  years;  $SD = 6.75$ ), participated in the study. The mean relationship duration was 5.2 years ( $SD = 4.1$ ; Range 1 – 19). Exclusion criteria for participation were smoking, chronic mental or physical illness, medication intake, and, for women, the intake of hormonal contraceptives, current pregnancy, or breastfeeding. In order to control for variation in salivary cortisol due

to time of day or menstrual cycle phase, all experiments took place between 5:00 and 7:30 pm and women were investigated only during the luteal phase of their menstrual cycle.

Subjects were informed, that we were interested in hormonal influences on couple communication and that they would receive communication coaching, intranasal oxytocin spray, or intranasal placebo spray before a conflict conversation in the laboratory. The study was conducted at the Universities of Fribourg and Zurich, Switzerland, under identical conditions. Participants were recruited through flyers, posters, and round robin mails. Each couple was paid 80 Dollars for participation.

## **Procedure**

Following informed consent, all couples were introduced to communication rules (from -50min to -40 min, see figure 1).

Couples in the communication training group then were enrolled in a supervised communication training (from -40 min to -10 min). To train communication rules, couples had to discuss about a couple-external stress and were prompted by a coach (Bodenmann, 2007). In contrast to classic communication training, the topic of the discussion was not a couple conflict, but a couple-external stress (such as work stress). The gain of this procedure was to train communication skills without talking about a couple conflict, which is one of our dependent variables (see for more detailed information Bodenmann, 2007).

The other two groups self-administered intranasal oxytocin (Syntocinon, Novartis, Basel, Switzerland, 40 IU; 5 puffs in each nostril) or placebo under the supervision of the study investigator in a double-blind controlled setting. After the administration of the nasal spray, couples read a standard text to each other ("The Bath" by Emile Zola) in order to encourage them to interact in a positive, but standard way.

After that, all couples rated the intensity of different areas of conflict within the couple (Hahlweg, 1996; 23 Items). They chose one to two topics for the following conflict discussion and were asked to discuss the conflict during the following 10 min alone in a room (0min to 10min). This discussion was videotaped. Following this task, subjects evaluated the quality of their discussion. Participants then were shown a documentary film about whales (Komplett-Video, 2006) (15 min to 50 min) in order to prevent them from further ruminating about the conflict. At 50 min after the conflict, they were debriefed and discharged.



## Measures

*Behavioral Measurement.* Conflict behavior was coded with an adapted version of the Specific Affect Coding System (Gottman, McCoy, & Coan, 1996) and the Coding System for Marital and Family Interaction (KPI) (Hahlweg et al., 1984) using a computer-aided system of analysis (Computer Aided Observation System, CAOS; Bourquard, Bodenmann, & Perrez, 1992). Interrater reliability (Cohen's kappa) was .66 to 1.0. Frequency and duration of behavioral categories were assessed. To account for the intercorrelations between these two scales ( $r = .32 - .97$ ), frequency and duration were treated as repeated measurements of the same latent variables (Raudenbush, Brennan, & Barnett, 1995). Subscales, in which 70% of the couples showed no response, were deleted. This was the case for seven subscales (domination, belligerence, withdrawal, affective communication, care, nonverbal negative behavior).

*Evaluation of the Conflict Discussion.* To measure each participant's subjective evaluation of the conflict discussion, we used a German questionnaire (Hahlweg & Jacobson, 1984). The 20 items (Cronbach's  $\alpha = .761$ ) can be summarized in two subscales (positive and negative interactions) with two perspectives (self- and partner-report) each. Examples for positive interactions are "How open, interested, close, understanding was I resp. my partner?" and for negative interactions "How critical, helpless, angry was I resp. my partner?".

*Cortisol Levels as Assessed by Saliva Sample.* Cortisol levels were assessed by saliva samples using salivette collection devices (Sarstedt, Sevelen, Switzerland). Four points in time were determined in relation to the events. In previous research (Fehm Wolfsdorf et al., 1999), maximum cortisol levels after a stressful event were obtained about 15-20min following the event. Therefore, the following points in time were included in the analyses: + 10min, + 20 min, +30 min, + 45min after the conflict started. Furthermore, two baseline samples before the conflict (-50 und 0 min) were included as covariates to control for baseline differences. Saliva samples were stored at -20°C until required for analysis using a commercially available chemiluminescence immunoassay (CLIA; IBL Hamburg, Germany; inter- and intraassay coefficients of variation below 10%).

## Analytic Strategy

Due to the dependent data structure in dyadic data and possible sex-specific influences on behavior and physiological responses, a two levels hierarchical linear model was chosen as the appropriate analytic technique to find differences between the three groups (Hierarchical linear modeling HLM 6.0; Raudenbush et al., 1995). At level 1, couple is approached as the unit of analysis, with a female and a male outcome score nested within the couple. Partners' trajectories were modeled with an intercept and, when possible (e.g. cortisol trajectories),

with a linear slope and, as control variable, with the value before the conflict task. The contrast coded groups were added at level 2. The two-level equation for partners' trajectories is shown below:

Level 1 (within-couple)

$$Y_{it} = (\text{female})_{it} [\pi_{f0i} + \pi_{f1i} (\text{linear}) + \pi_{f3i} (\text{control variable})] + (\text{male})_{it} [\pi_{m0i} + \pi_{m1i} (\text{linear}) + \pi_{m4i} (\text{control variable})]$$

(control variables are pre-values of the dependent variable)

Level 2a (between couples; contrast between Coaching and Oxytocin/ Placebo):

$$\pi_{f0i} = \beta_{f00} + \beta_{f01} (\text{OXY vs. CC}) + \beta_{f02} (\text{PLA vs. CC}) + \mu_{f0i}$$

$$\pi_{m0i} = \beta_{m00} + \beta_{m01} (\text{OXY vs. CC}) + \beta_{m02} (\text{PLA vs. CC}) + \mu_{m0i}$$

Level 2b (between couples; contrast between Placebo and Oxytocin / Coaching)

$$\pi_{f0i} = \beta_{f00} + \beta_{f01} (\text{OXY vs. PLA}) + \beta_{f02} (\text{CC vs. PLA}) + \mu_{f0i}$$

$$\pi_{m0i} = \beta_{m00} + \beta_{m01} (\text{OXY vs. PLA}) + \beta_{m02} (\text{CC vs. PLA}) + \mu_{m0i}$$

In a first analysis, we controlled for relationship quality (PFB, Hahlweg, 1996) and attachment style (ECR; Brennan, Clark, & Shaver, 1998) on level 1. Because the results of the variance-covariance components test between the two models indicated no significant differences, we are reporting about the model without control variables.

## RESULTS

### Behavioral Measurements

Table 1 presents means and standard deviations of the depended variables; Table 2 displays the results of the analyses. For behavioral measurements, the results went in the expected direction.

For men, two effects emerged. First, men in the communication coaching group tended to express more interest during the couple conflict than men in the other two groups, and, second, men in the oxytocin group tended to show more self-disclosure than the others. For

women, an effect was found only in the variable generalized criticism. Compared with placebo, women in the communication and in the oxytocin group (see table 2c; Oxy – Pla:  $\beta$ : 4.90; T:1.91;  $p < 0.06$ ) tended to be less critic towards their partners than women in the placebo group.

No further differences were found for behavioral measurements between groups (Interest: male:  $\beta$ : -0.50; T:-0.23;  $p = ns$ ; female:  $\beta$ : 1.03; T:0.38;  $p = ns$ ; Self-Disclosure: male:  $\beta$ : 22.00; T:1.19;  $p = ns$ ; female:  $\beta$ : 18.51; T:1.26;;  $p = ns$ ; Critic: male:  $\beta$ : -2.26; T:-0.63;  $p = ns$ ; female:  $\beta$ : -4.90; T:-1.91;  $p = ns$ ; Contempt: male:  $\beta$ : 0.25; T:0.22;  $p = ns$ ; female:  $\beta$ : 0.30; T:0.19;  $p = ns$ ;) )

**Table 1** Means and SD of the Depended Variables by Gender and Intervention Group

	Women						Men					
	PLA		OXY		CC		PLA		OXY		CC	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Behavior measurement<sup>1</sup></b>												
<i>Interest d</i>	-0.01	0.91	0.04	0.74	-0.06	0.94	-0.25	0.46	-0.14	0.63	0.65	2.08
<i>Interest f</i>	-0.13	0.88	-0.04	0.89	0.13	1.43	0.03	0.87	-0.17	0.72	0.39	1.43
<i>Selfdisclosure f</i>	-0.09	0.53	-0.07	0.31	0.19	1.67	-0.14	0.23	-0.13	0.33	0.53	2.25
<i>Selfdisclosure d</i>	-0.14	0.57	-0.03	0.57	0.12	1.66	-0.13	0.52	-0.09	0.74	0.53	1.88
<i>Gen. Criticism d</i>	-0.12	0.68	0.15	0.94	0.31	1.42	-0.16	0.93	0.16	1.15	-0.37	0.86
<i>Gen. Criticism f</i>	-0.15	0.67	0.43	1.13	-0.10	0.64	-0.42	0.70	0.31	1.16	-0.19	1.35
<i>Contempt f</i>	0.33	1.20	-0.16	0.46	-0.14	0.59	0.15	1.54	-0.08	0.92	-0.27	0.33
<i>Contempt d</i>	0.13	1.11	-0.09	0.53	0.06	0.95	0.05	1.22	0.01	1.25	-0.24	0.62
<i>Eye contact f</i>	0.24	0.85	0.15	0.86	-0.12	1.25	-0.34	1.10	0.00	0.96	0.04	1.05
<i>Eye contact d</i>	-0.02	0.94	0.03	0.59	-0.63	0.84	0.24	1.04	0.30	1.21	-0.29	1.12
<b>Evaluation of the conflict discussion</b>												
<i>Negative Self</i>	2.50	0.63	2.55	0.91	3.18	1.07	2.47	0.82	2.35	0.61	3.12	0.92
<i>Negative Partner</i>	2.50	0.74	2.49	0.72	2.73	0.77	2.58	0.77	2.58	0.73	3.97	0.95
<i>Positive Self</i>	4.48	0.54	4.45	0.57	4.16	1.22	4.52	0.60	4.62	0.51	4.56	1.04
<i>Positive Partner</i>	4.42	0.56	4.49	0.57	3.95	1.33	4.50	0.67	4.56	0.66	3.70	0.69
<b>Cortisol Conflict</b>												
<i>Time -50'<sup>2</sup></i>	6.17	3.98	6.19	3.51	3.55	2.41	6.99	3.60	8.39	6.62	4.90	2.65
<i>Time 10'</i>	3.46	1.65	3.73	1.86	2.39	1.77	4.06	1.93	4.50	3.33	2.46	1.66
<i>Time 20'</i>	3.44	1.59	3.26	1.68	2.00	1.49	3.75	2.19	3.76	2.76	2.30	1.35
<i>Time 30'</i>	3.02	1.44	2.90	1.45	2.01	1.71	3.43	1.78	3.46	2.15	1.83	0.86
<i>Time 45'</i>	2.74	1.24	2.54	1.15	1.81	1.59	2.93	1.40	2.91	1.61	1.68	0.78

Note. PLA: Placebo Control Group; OXY: Nose spray Oxytocin Group; CC: Communication Coaching Group;

<sup>1</sup> Behavior values are z-transformed, f: frequency; d: duration.

<sup>2</sup> Control variables

## Evaluation of the Conflict Discussion

The results of the subjective evaluation of the conflict discussion did not turn out as expected. Couples in the communication group rated their own and their partners' behavior as more negative than couples in the other two groups (see table 2b). Furthermore, men rated their female partners' behavior as less positive in contrast to the other two groups (see table 2b). No significant difference was found between oxytocin and placebo (Negative Self: male:  $\beta$ : 0.13;  $T$ :0.73;  $p$  = ns; female:  $\beta$ : -0.11;  $T$ :-0.50;  $p$  = ns; Negative Partner: male:  $\beta$ : -0.06;  $T$ :-0.31;  $p$  = ns; female:  $\beta$ : -0.13;  $T$ :-0.66;  $p$  = ns; Positive Self: male:  $\beta$ : 0.15;  $T$ :0.95;  $p$  = ns; female:  $\beta$ : 0.04;  $T$ :0.20;  $p$  = ns; Positive Partner: male:  $\beta$ : 0.08;  $T$ :0.44;  $p$  = ns; female:  $\beta$ : 0.07;  $T$ : 0.43;  $p$  = ns).

**Table 2** Hierarchical Linear Modeling Results for Cortisol, Appraisal and Behavior Measurement

	Women						Men					
	CC - PLA			CC - OXY			CC - PLA			CC - OXY		
	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
<b>Behavior measurement</b>												
Interest	-1.46	-0.35		-0.42	-0.11		<b>-9.28</b>	<b>-1.83</b>	°	<b>-9.78</b>	<b>-1.93</b>	°
Self-disclosure	-27.7	-1.14		-9.17	-0.36		12.53	0.68		<b>34.53</b>	<b>1.71</b>	°
Gen. Criticism	<b>4.61</b>	<b>1.65</b>	°	-0.30	-0.17		4.28	1.34		2.02	0.96	
Contempt	-3.58	-0.65		-3.28	-0.60		-8.66	-1.21		-8.41	-1.17	
Eye contact	36.50	1.33		29.87	1.08		-23.1	-0.91		5.01	0.21	
<b>Evaluation of the conflict discussion</b>												
Negative Self	<b>-0.77</b>	<b>-2.07</b>	*	<b>-0.87</b>	<b>-2.47</b>	*	<b>-0.59</b>	<b>-1.87</b>	°	-0.46	-0.32	
Negative Partner	-0.46	-1.45		<b>-0.59</b>	<b>-1.85</b>	°	<b>-2.10</b>	<b>-6.97</b>	***	<b>-2.16</b>	<b>-0.29</b>	***
Positive Self	0.33	1.06		0.29	0.93		0.14	0.48		-0.01	0.30	
Positive Partner	0.47	1.31		0.40	1.09		<b>0.56</b>	<b>2.27</b>	*	<b>0.48</b>	<b>0.25</b>	°
<b>Cortisol Conflict</b>												
Intercept	0.60	1.48		<b>0.72</b>	<b>1.75</b>	°	<b>1.10</b>	<b>2.35</b>	*	<b>0.90</b>	<b>2.05</b>	*
linear	-0.07	-1.14		<b>-0.18</b>	<b>-2.6</b>	**	-0.084	-1.18		<b>-0.19</b>	<b>-2.75</b>	**

Note. PLA: Placebo Control Group; OXY: Nose spray Oxytocin Group; CC: Communication Coaching Group; B = unstandardized fixed-effects regression coefficient; Group differences in Intercept and Slope; T = T-Value;  $p$  = \*\*\*:  $p < .001$ ; \*\*:  $p < .01$ ; \*:  $p < .05$ ; °:  $p < .10$ .

### Cortisol Rate

The intercept of cortisol at the beginning of the conflict discussion was lower for couples in the communication group in contrast to both other groups (see table 2c). This effect was significant especially for men. During the conflict discussion, couples showed a decrease in cortisol (CC: male:  $\beta$ : -0.23; T:-4.37;  $p < 0.01$ ; female:  $\beta$ : -0.14; T:-2.665;  $p < 0.01$ ; OXY: male:  $\beta$ : -0.43; T:-9.54;  $p < 0.01$ ; female:  $\beta$ : -0.33; T:-7.35;  $p < 0.01$ ; PLA: male:  $\beta$ : -0.32; T:-7.01;  $p < 0.01$ ; female:  $\beta$ : -0.22; T:-4.94;  $p < 0.01$ ). Interestingly, couples in the oxytocin group exhibited a significant stronger decrease in cortisol over time compared to couples in the coaching group (table 2c) and by trend also compared to couples in the placebo group (OXY-PLA: male:  $\beta$ : -0.11; T:-1.71;  $p < 0.10$ ; female:  $\beta$ : -0.10; T:-1.69;  $p < 0.10$ ).

## DISCUSSION

The purpose of the current investigation was to study underlying processes of change during a couple conflict discussion dependent on three different conditions. Couples in the first group received a short communication training prior to the conflict task, couples in the second group were applied an oxytocin nasal spray, and couples in the third group received a placebo nasal spray.

As predicted, both interventions (communication coaching and intranasal oxytocin) showed a positive influence on *conflict behavior*. On the one hand, the outcome for females with communication coaching was the same as for females with intranasal oxytocin. They showed less criticism in a marital conflict task. On the other hand, men in the communication coaching group displayed more interest, whereas men in the oxytocin group indicated more self-disclosure (but solely in contrast to the communication group). These gender-related changes in behavior are in accordance with results on gender differences in communication patterns during marital conflict interaction. Women are more often taking a demanding role (such as criticizing, nagging), and men are more often taking the withdrawing role (such as avoiding confrontation, withdrawal, becoming silent, being less interested) (Eldridge & Christensen, 2002; Eldridge, Sevier, Jones, Atkins, & Christensen, 2007). This means that men and women each made progress in areas they normally have problems with.

Even though past findings showed that oxytocin seemed to be more important for females than for males (Young & Wang, 2004), we found effects for both genders in our study. The effects of oxytocin on behavioral measurements could possibly be explained with an enhancement of closeness and pair-bonding in social interactions. Domes et al. (2007), for example, have shown that oxytocin can increase “mind-reading”, and this is an important

factor for being more empathic and less critical, as we have found in our study. Heinrichs and colleagues stated that oxytocin increases trust in social interaction (Kosfeld, Heinrichs, Zak, Fischbacher, & Fehr, 2005), which is essential for self-disclosure, as we have observed in the present investigation. In summary, even though the effect of oxytocin and communication coaching is not exactly the same, there is a common pattern: both are reducing negative behavior in women and increasing positive behavior in men.

Interestingly, oxytocin had no effect on *subjective evaluation* of the conflict discussion, whereas the communication coaching did, but not in the expected way. This means that nasal oxytocin spray and a single communication coaching are not sufficient to produce positive changes in the evaluation of the quality of interaction, even though the behavior was more positive respectively less negative. This may be the result of newly developed expectations due to the coaching: In the first communication task followed by a coach, couples made a positive experience (Schaer et al., 2007) and they rated the communication rules as highly reasonable and also wanted to apply these new rules for themselves (Questionnaire: visual analog scale from 0 never to 6 very much: Do you want to apply these communication rules at home?  $M: 4.6$ ;  $SD: 1.3$ ; How reasonable are these communication rules?  $M: 4.8$  /  $SD: 1.1$ ). During the conflict task, they may struggle with old habits. Because of the discrepancies between the first external stress situation with coaching and the second internal stress situation without coaching, they were frustrated, and this frustration may have led to more psychological and physical stress, as we were also able to observe in the cortisol rate. Because this frustration effect could be a normal process of change in marital intervention, clinicians should pay close attention to this effect and have strategies to handle it (e.g., to address and to relativize the expectations of the couple at the beginning of an intervention). These findings also demonstrate that the communication rules have to be trained over and over again, in order for new cognitive structures to be built up.

*Cortisol*, on average, showed a significant linear decrease during the conflict task, which is consistent with past research (Robles, Shaffer, Malarkey, & Kiecolt Glaser, 2006). Couples in the oxytocin group had steeper declines in cortisol than the communication coaching group, leading us to the assumption that couples in the communication coaching group experienced more distress during the discussion.

However, there are several *limitations* of this study worth noting: First, normally, in a standard marital intervention, couples would be coached several times and not only once, as in the present study. Because of this, our study design permits no statements about the course of learning. Second, as mentioned above, our results were not based on classical supervised communication exercises, but on a further development. Even though both coaching exercises

es included the same communication rules and the same coaching behavior, it is possible that a classical coaching would provoke different reactions. This should be tested with another study design. Third, because of the relatively small sample size in each group, the power to detect significant results was small. For this reason, we also reported marginally significant results.

Last, external validity of couple interaction in the laboratory can be questioned. “Even if typical interaction samples researchers have collected are not quite as negative as they are at home, they still reveal detectable differences in affect, behavior, physiology, and interactional patterns and process” (Heyman, 2001; p. 6).

Despite these potential limitations, there are several noteworthy contributions of this investigation. First, it is one of the few studies of intrapersonal processes of change in marital interventions. Basically, the results of our study showed that only one short communication coaching and oxytocin nose-spray application can produce similar small positive behavioral changes, but that both are not sufficient to produce positive effects on the psychological system (as evaluation), and that only oxytocin is sufficient to influence the physiological system (as cortisol) positively. Second, our study strengthened the assumption, that improvement in one measurement level does not have a direct and proximate influence on the other levels. The processes of change must be linked in a more complex way, whereas improvement in one category can have short time positive, negative, or no influence on the others. How these different levels of behavioral, psychological and physiological factors are interconnected should be the focus of further studies. For future research it is also necessary to make statements about the influence of and the link between short-term and intrapersonal processes of change and the long-term outcome of marital interventions. Furthermore, the question should be considered, whether a combination of oxytocin and communication coaching may influence the outcome more positively. In summary, this study suggests that research of processes of change is particularly fascinating, important and warrants further investigation.

## REFERENCES

- Baucom, D. H., Hahlweg, K., Atkins, D. C., Engl, J., & Thurmaier, F. (2006). Long-term prediction of marital quality following a relationship education program: Being positive in a constructive way. *Journal of Family Psychology, 20*(3), 448-455.
- Bodenmann, G. (2007). Dyadic coping and the 3-phase-method in working with couples. In L. VandeCreek (Ed.), *Innovations in clinical practice: Focus on group and family therapy* (pp. 235-252). Sarasota: Professional Resources Press.
- Bodenmann, G., Bradbury, T. N., & Pihet, S. (2009). Relative contributions of treatment-related changes in communication skills and dyadic coping skills to the longitudinal course of marriage in the framework of marital distress prevention. *Journal of Divorce and Remarriage, 50*, 1-21.
- Bourquard, E., Bodenmann, G., & Perrez, M. (1992). *CAOS. Computer Aided Observation System*. Fribourg: University of Fribourg.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In S. J. A. & R. W. S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin, 112*(1), 39-63.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology, 50*, 165-190.
- Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute Stressors and Cortisol Responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research. *Psychological Bulletin, 130*(3), 355-391.
- Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., Berger, C., & Herpertz, S. C. (2007). Oxytocin Improves 'Mind-Reading' in Humans. *Biological Psychiatry, 61*(6), 731-733.
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(4), 368-386.
- Eldridge, K. A., & Christensen, A. (2002). Demand-withdraw communication during couple conflict: A review and analysis. 289-322.
- Eldridge, K. A., Sevier, M., Jones, J., Atkins, D. C., & Christensen, A. (2007). Demand-withdraw communication in severely distressed, moderately distressed, and nondistressed couples: Rigidity and polarity during relationship and personal problem discussions. *Journal of Family Psychology, 21*(2), 218-226.
- Fehm Wolfsdorf, G., Groth, T., Kaiser, A., & Hahlweg, K. (1999). Cortisol responses to marital conflict depend on marital interaction quality. *International Journal of Behavioral Medicine, 6*(3), 207-227.
- Gottman, J. M., McCoy, K., & Coan, J. (1996). The Specific Affect Coding System. In J.-M. Gottman (Ed.), *What predicts divorce?* Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik . Partnerschaftsfragebogen PFB, Problemliste PL und Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft FLP*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., & Jacobson, N. S. (1984). *Marital interaction: Analysis and modification*: New York: Guilford.
- Hahlweg, K., L, R., G, K., C, V., L, S., & D, R. (1984). Development and validity of a new system to analyze interpersonal communication: Kategoriensystem für partnerschaftliche Interaktion [KPI]. In K. Hahlweg & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital Interaction: Analysis and modification* (pp. 182-198). New York, NY: Guilford Press.
- Heyman, R. E. (2001). Observation of couple conflicts: Clinical assessment applications, stubborn truths, and shaky foundations. *Psychological Assessment, 13*(1), 5-35.
- Holtzworth Munroe, A., & Jacobson, N. S. (1991). Behavioral marital therapy. 2, 96-133.



- Jakubowski, S. F., Milne, E. P., Brunner, H., & Miller, R. B. (2004). A Review of empirically supported marital enrichment programs. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 53(5), 528-536.
- Kiecolt Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472-503.
- Komplett-Video. (2006). *Wissen auf Video, Teil 3: Der Gesang der Wale [Knowledge on Video, Sound of the Whales]*: Planet Ocean.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U., & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435(7042), 673-676.
- Laurent, H., & Powers, S. (2007). Emotion regulation in emerging adult couples: Temperament, attachment, and HPA response to conflict. *Biological Psychology*, 76(1-2), 61-71.
- Powers, S. I., Pietromonaco, P. R., Gunlicks, M., & Sayer, A. (2006). Dating Couples' Attachment Styles and Patterns of Cortisol Reactivity and Recovery in Response to a Relationship Conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(4), 613-628.
- Raudenbush, S. W., Brennan, R. T., & Barnett, R. C. (1995). A multivariate hierarchical model for studying psychological change within married couples. *Journal of Family Psychology*, 9(2), 161-174.
- Robles, T. F., & Kiecolt Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology and Behavior*, 79(3), 409-416.
- Robles, T. F., Shaffer, V. A., Malarkey, W. B., & Kiecolt Glaser, J. K. (2006). Positive behaviors during marital conflict: Influences on stress hormones. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(2), 305-325.
- Sanford, K. (2006). Communication During Marital Conflict: When Couples Alter Their Appraisal, They Change Their Behavior. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 256-265.
- Schaer, M., Ditzen, B., Heinrichs, M., & Bodenmann, G. (2007). Emotionale und kardiovaskuläre reaktionen von paaren während einer paartherapeutischen intervention: Eine pilotstudie / Emotional and cardiovascular reactions of couples during a couple-therapeutic intervention: A pilot study. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 36(4), 251-260.
- Schilling, E. A., Baucom, D. H., Burnett, C. K., Allen, E. S., & Ragland, L. (2003). Altering the course of marriage: The effect of PREP communication skills acquisition on couples' risk of becoming maritally distressed. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 41-53.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 547-570.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 6-14.
- Weiss, R. L., & Heyman, R. E. (1997). A clinical-research overview of couples interactions. 13-41.
- Young, L. J., & Wang, Z. (2004). The neurobiology of pair bonding. *Nature Neuroscience*, 7(10), 1048-1054.



### 3.4 Fazit Prozessforschung

Der Blick in die Blackbox, wie ihn Greenberg in seinem Zitat zu Beginn dieses Kapitels fordert, ist interessant, ergiebig und komplex zugleich. Ein zentrales Problem der Prozessforschung ist einerseits, dass unterschiedliche Autoren unterschiedliche Begriffe für ähnliche Konstrukte, resp. gleiche Begriffe für unterschiedliche Konstrukte verwenden. Andererseits sind die verschiedenen Begriffe innerhalb eines Konzeptes (siehe hier zum Beispiel Veränderungsprozess vs. –mechanismus) oftmals nicht trennscharf voneinander abzugrenzen, sondern weisen eher einen kontinuierlichen Charakter auf. Dies alles kann zu Konfusionen führen.

Eine Möglichkeit einen Blick in diese Black Box zu werfen, kann durch das Studium von *Veränderungsprozessen* geschehen. Mit Studie 3 wurden insbesondere Prozesse der drei-Phasen-Methode untersucht. Das Vorgehen dieser Methode wird durch unsere Ergebnisse, aber auch durch die in anderen Studien beschriebenen Prozesse bestätigt. Die 3-Phasen-Methode entspricht beispielsweise exakt dem paarzentrierten Prozess, der gemäss Butler und Wampler (1999) dem therapeutenzentrierten Prozess überlegen ist. Des Weiteren zielt diese Methode darauf ab, „softening events“ im Paar herzustellen, bei dem sich die Partner von einer verletzlichen Seite zeigen, sich emotional öffnen und Unterstützung bekommen. Diese „softening events“ wurden unabhängig von der 3-Phasen Methode von Greenberg und Mitarbeitern (Greenberg, et al., 1993; Greenberg, et al., 1988) beschrieben und in deren Untersuchungen als die zentralen Prozesse identifiziert.

Bei einem Überblick über die oben beschriebenen Studien kann folgende Gemeinsamkeit der bisher untersuchten Veränderungsprozesse festgestellt werden: Das kurzfristige Wiederherstellen von Intimität und Verbundenheit des Paares innerhalb der Therapiesitzungen und zwar auf emotionaler, kognitiver aber auch behavioraler Ebene, scheint einer der wichtigsten Veränderungsprozesse einer guten und wirksamen Paartherapiesitzung (resp. therapeutischen Intervention) zu sein. Oder wie es ein Klient in einem Interview in der Studie von Greenberg et al. (1993) ausdrückt:

I saw something on her face that I hadn't seen, maybe ever. (...) It wasn't the usual mask of anger that she has. You know, it was a fear or vulnerability that really touched me (Greenberg, et al., 1993, p. 12).

Allerdings zeigt der Überblick auch, dass die Studien zur Erforschung von Veränderungsprozessen noch ziemlich rar sind und hier dringender Forschungsbedarf besteht, diesen Teil der Black Box weiter auszuleuchten.

Eine andere Möglichkeit, Licht in die Black Box zu bringen sind Studien zu *Veränderungsmechanismen*. Studie 4 konnte beispielsweise aufzeigen, dass die 3-Phasen-Methode selbst bei

einmaliger Anwendung zu einer Verbesserung von Aspekten des Kommunikationsverhaltens führt, wobei die Wirkungsweise nicht mit der Wirkung von Oxytocin identisch ist, bei dem vor allem ein bindungsfördernder Wirkmechanismus vermutet wird.

In Bezug auf frühere Studien resümierte Lebow (2000) in seiner Überblicksarbeiten, dass es relativ wenig empirische Belege für die in der Paartherapie angenommen Wirkmechanismen gibt. Dieser Aussage kann mittlerweile nicht mehr pauschal zugestimmt werden, da zunehmend mehr Untersuchung zu den Wirkmechanismen von Paartherapie durchgeführt werden. Allerdings liefern diese Studie oftmals widersprüchliche Ergebnisse und noch viele Fragen sind offen. Insbesondere herrscht noch Unklarheit darüber, ob eher spezifische oder unspezifische Wirkmechanismen an der beobachteten Wirkung beteiligt sind. Um diese Frage zu klären, müssten in zukünftigen Untersuchungen sowohl spezifische als auch unspezifische Veränderungsmechanismen erhoben werden. Möglicherweise können nämlich spezifische auf unspezifische Wirkmechanismen zurückgeführt werden. Die noch zu überprüfende Idee dahinter ist, dass eine Reihe untergeordneter therapiespezifischer Wirkmechanismen einem (oder mehreren?) allgemeinen und somit übergeordneten Wirkmechanismus (bzw. Wirkmechanismen) dienen, welcher schlussendlich die Partnerschaftszufriedenheit und –stabilität beeinflusst. Allerdings ist auch noch unklar, welche unspezifischen Wirkmechanismen es in der Paartherapie geben könnte und wie diese Wirkmechanismen miteinander und mit den Veränderungsprozessen zusammenhängen.

Das bedeutet, zur Zeit fehlen nicht nur empirische Studien in diesem Bereich, sondern auch ein dazugehöriges theoretisches Grundlagenmodell. Im besten Fall könnte ein solches Modell helfen die widersprüchlichen Ergebnisse zu klären und die Paartherapien zu verbessern.

# 4

## Inputforschung

### 4.1 Was ist Inputforschung?

It is customary to think of the patient and therapist as being „in“ therapy, but it is really more accurate to think of therapy as operating „in“ the context formed by the lives and personalities of those persons (Orlinsky, et al., 2004, p. 317).

Patienten kommen mit ganz unterschiedlichen und individuellen Voraussetzungen in die Therapie und treffen dort auf Therapeuten mit individuellen Eigenschaften. Diese Interaktion zwischen den Variablen des Klienten und des Therapeuten beeinflussen unter anderem das Verhalten und die Prozesse während der Therapie und dadurch auch das Therapieergebnis. Neben den individuellen Variablen des Klienten und Therapeuten können auch therapieexterne Variablen der Gesellschaft (z.B. Psychotherapie als Tabu), des Gesundheitssystems (z.B. finanzielle und strukturellen Möglichkeiten, Therapie zu beanspruchen) und des sozialen Systems (Familie, Freunde, Arbeitgeber) die Therapie beeinflussen.

Das Ziel der Inputforschung ist nun zu untersuchen, welcher Einfluss dieser individuelle und kollektive Kontext auf den Prozess und den Output hat (Orlinsky et al., 2004). Bei Inputstudien liegt das Augenmerk der Untersuchung somit bei all jenen Variablen, die zu Beginn der Therapie gemessen werden. Diese können unter anderem soziodemographische und dauerhaft bestehende psychologische Aspekte wie Bildung, Alter, Geschlecht, kognitive Denkmuster und Persönlichkeitscharakteristika beinhalten.

Innerhalb der Inputvariablen wird zwischen prognostischen und preskriptiven Prädiktoren (siehe Snyder, Castellani, & Whisman, 2006) differenziert. *Prognostische* Indikatoren dienen dazu, den Prozess oder den Outcome über eine oder mehrere Interventionen, sprich unabhängig von der Interventionsart, vorherzusagen. *Preskriptive* Variablen dagegen dienen dazu,

den Outcome oder den Prozess für eine Intervention gegenüber einer anderen vorherzusagen. Das heisst, sie soll Information darüber liefern, ob unter bestimmten Bedingungen eine Interventionsart angemessener ist als eine andere. Obschon solche Studien für die adaptive und selektive Indikation wichtig wären, wurden diese bisher nur sehr selten durchgeführt, da solche Vergleiche sehr grosse Stichproben benötigen.<sup>18</sup>

## 4.2 Inputforschung und Partnerschaft

Zum Thema Inputforschung und Partnerschaft können zwei Ansätze unterschieden werden. Auf der einen Seite stellt sich die Frage, welche Inputvariablen den Verlauf einer Paartherapie beeinflussen, auf der anderen Seite können Partnerschaftsvariablen zu Beginn einer Therapie auch einen Einfluss auf die Einzelpsychotherapie haben. Da in der Paartherapieforschung Untersuchungen zu preskriptiven Prädiktoren beinahe vollständig fehlen<sup>19</sup>, wird in diesem Kapitel lediglich auf die prognostischen Variablen fokussiert.

### 4.2.1 Inputvariablen bei Paarinterventionen

#### 4.2.1.1 Klientenvariablen bei Paarinterventionen

Die Prädiktoren der Klienten können zur besseren Übersicht in drei Variablenkategorien eingeteilt werden: a) demographische (z.B. Alter, Dauer der Partnerschaft), b) interpersonelle (z.B. Kommunikation, Intimität) und c) intrapersonale Variablen (z.B. Persönlichkeit, Psychopathologie). Relativ viele Studien untersuchten Prädiktoren auf den Outcome, während nur sehr wenige Studien Prädiktoren für den Verlauf während der Therapie untersuchten.

#### Demographischen Variablen

Bezüglich der demographischen Variablen sind die Ergebnisse grundsätzlich widersprüchlich: Während einige Studien (Baucom & Aiken, 1984; Bennun, 1985; O'Leary & Turkewitz, 1981) aufzeigten, dass Therapie bei jüngeren Paaren besser wirkt, konnten andere Studien diesen Zusammenhang nicht nachweisen (Atkins, et al., 2005; Crowe, 1978; Mendonca, Lumley, & Hunt, 1982). In einer aktuellen Studie fanden Baucom et al. (2009) sogar, dass länger verheiratete Paare (und somit auch ältere Paare) mehr von der Therapie profitierten.

---

<sup>18</sup> Gemäß Snyder et al. (2006) bräuchte man bei einer angenommenen kleinen Effektgröße über 392 Klienten um eine angemessene Power zu haben (Power von .80 bei einem  $\alpha = .20$ ).

<sup>19</sup> Snyder et al. (2006) konnten insgesamt zwei Studien zu diesem Thema ausfindig machen: O'Leary und Turkowitz (1981) berichten, dass jüngere Paare eher von den Reziprozitätstrainings profitierten, während ältere Paare besser auf das Kommunikationstraining reagierten. In einer neueren Studie von Atkins et al. (2005) zeigte sich, dass stark gestresste Paare zu Beginn der Therapie mehr von der klassischen Verhaltenstherapie als von der integrativen profitierten, wobei beide Interventionen zum Schluss die gleichen Effekt lieferten.

Eine ähnliche Inkonsistenz zeigt sich auch für den Bildungsgrad der Paare (Atkins, et al., 2005; Crowe, 1978; Mendonca, et al., 1982).

### **Interpersonelle Variablen**

Ergebnisse in Bezug auf die interpersonellen Variablen sind ebenfalls inkonsistent. Paare mit den grössten Schwierigkeiten in der Partnerschaft (Johnson, 2002) und einer tiefen Partnerschaftszufriedenheit (Johnson & Talitman, 1997; Snyder, Mangrum, & Wills, 1993) profitierten weniger von der Therapie, wobei Atkins et al. (2005) und Sevier et al. (2008) diese Zusammenhänge nicht replizieren konnten. Zudem brechen Paare mit viel Partnerschaftsstress die Therapie häufiger ab (Tambling & Johnson, 2008; Ward & McCollum, 2005). Die inkonsistenten Ergebnisse könnten allerdings auch auf die unterschiedlichen Erhebungsmethoden zurückzuführen sein: Während selbstberichtete Kommunikationsvariablen in einer Studie von Baucom et al. (Baucom, et al., 2009) keinen prädiktiven Wert zu besitzen scheinen, konnten objektivere Kommunikationsvariablen (z.B. Verhaltensbeobachtung) den Verlauf nach der Therapie signifikant vorhersagen.

### **Intrapersonelle Variablen**

Studien zu intrapersonellen Prädiktoren sind eher selten und auch hier sind die Ergebnisse eher inkonsistent. Während Atkins et al. (2005) auf den Therapieverlauf und Baucom et al. (2009) auf den Verlauf nach der Therapie keine signifikanten intrapersonellen Prädiktoren fanden (wie Neurotizismus, Gesundheitszustand, usw.), zeigte sich in Jacobson, Follette und Pagel (1986), dass Paare, bei denen ein Partner an einer Depression leidet, eher auf die Paartherapie reagierten, während Snyder et al. (Snyder, et al., 1993) in ihrer Studie den gegenteiligen Effekt fanden. Interessanterweise hatte die Veränderungsstufe (gemäss Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), auf der sich die Patienten befinden, keinen Einfluss auf den Drop-out oder den Outcome (Tambling & Johnson, 2008).

#### ***4.2.1.2 Therapeutenvariablen bei Paarinterventionen***

Im Gegensatz zu Klientenvariablen wurde der Einfluss des Therapeuten in der Psychotherapieforschung eher vernachlässigt (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, & Vermeersch, 2009; Beutler, et al., 2004). Dies wird im Bereich der Paartherapie besonders offensichtlich, da zu diesem Thema beinahe keine Studien gefunden werden konnten (siehe auch Blow, Sprenkle, & Davis, 2007). Eine der wenigen Untersuchungen wurde von Raytek, McCrady, Epstein und Hirsch (1999) durchgeführt. Es zeigte sich dabei, dass in Therapiesitzungen mit erfahreneren Therapeuten die therapeutische Allianz höher und die Anzahl der technischen Fehler als geringer bewertet wurde (Sexton, et al., 2004). Zudem hatten Therapeuten mit der grössten Erfahrung die geringste Anzahl von Therapieabbrüchen.

Dieser Mangel an Studien ist bedauernswert, da es eigentlich offensichtlich ist, dass sich Therapeuten in ihrer Wirksamkeit unterscheiden. Gemäss Wampold (2001) sei dies so selbstverständlich, wie die Tatsache, dass einige Anwälte die besseren Ergebnissen liefern oder dass einige Künstler die eindrucksvolleren Skulpturen schaffen. Baucom et al. (2008) stellten in ihrer langjährigen Ausbildungspraxis signifikante Unterschiede in der Art und Weise fest, wie Therapeuten interagieren und überlegten sich, was einen guten Verhaltenstherapeuten ausmacht. Sie kamen zum Schluss, dass Therapeuten ein umfangreiches Wissen über das Paar und einen darauf aufbauenden Interventionsplan haben müssen. Das blosses Befolgen von Therapiemanualen beurteilten sie als ineffektiv. Zudem brauchen Therapeuten eine schnelle Auffassungsgabe und sollten direkt im Moment reagieren können. Schliesslich ist eine aktive und direktive Haltung für einen verhaltenstherapeutisch orientierten Paartherapeuten unerlässlich. Diese Überlegungen würden eine gute Grundlage für die empirische Überprüfung der relevanten Fertigkeiten eines Paartherapeuten bieten.

Eine andere Frage ist, warum Therapeutenvariablen in der Forschung so wenig Beachtung geschenkt wird. Blow et al. (2007) zählen dazu vier Gründe auf: Erstens herrscht in den Köpfen vieler Therapieforscher noch das medizinische Modell vor, nachdem die spezifischen Ingredienzen einer Therapie immer die gleiche Wirkung erzeugen, unabhängig davon, wer die Ingredienzen verabreicht. Zweitens ist es schwierig, Geldgeber für solche Studien zu finden. Drittens werden die meisten Therapiestudien von Modellentwicklern gemacht, die jedoch vor allem ihre Modelle überprüfen wollen und weniger an allgemeinen Faktoren interessiert sind. Viertens wird durch die Manualisierung der Therapie versucht, die Therapeuteneffekte zu reduzieren, wobei Beutler et al. (2004) in ihrer Übersicht über den Einfluss von Therapeutenvariablen zu folgendem Schluss kommen:

„Unfortunately, standardizing the treatment has not eliminated the influence of the individual therapist on outcomes“ (p245).

#### **4.2.2 Partnerschaftliche Inputvariablen bei individueller Psychotherapie**

Die bisherige Forschung konnte für die verschiedensten Störungsbilder Partnerschaftsvariablen finden, die einen Einfluss auf den Behandlungsverlauf und das Rückfallrisiko bei individueller Psychotherapie haben. Grundsätzlich können drei Partnerschaftskonstrukte identifiziert werden, die besonders häufig untersucht worden sind: Konflikte, soziale Unterstützung und Expressed Emotion. Da ein vollständiger Überblick den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, wird nur kurz auf die einzelnen Konstrukte eingegangen.



#### **4.2.2.1 Konflikte in der Partnerschaft**

Piper und Mitarbeiter (Piper, Azim, Joyce, McCallum, & et al., 1991) fanden beispielsweise in einer frühen Studie, dass je grösser die Schwierigkeiten zwischen Klient und dessen Partner waren, desto besser war die Allianz zwischen Therapeut und Klient und desto weniger Therapieabbrüche konnten festgestellt werden. Andere Studien zeigten, dass sowohl das positive (McLeod, Kessler, & Landis, 1992) als auch das negative Verhalten während eines Konfliktgesprächs prädiktiv für den Symptomverlauf und die Rückfälle waren (Beach, et al., 2008; Crits-Christoph, et al., 2001; Milan, et al., 2005; Whisman, Weinstock, & Uebelacker, 2002).

#### **4.2.2.2 Unterstützung in der Partnerschaft**

Die soziale Unterstützung ist ein sehr gut untersuchter und wichtiger therapieexterner Faktor. Einige Autoren vermuten (z.B. Lambert, 1992), dass der Einfluss des sozialen Netzwerks vergleichbar mit dem Einfluss der therapeutischen Beziehung ist. In einer aktuellen Metaanalyse von Roehrle und Strouse (2008) wurden 27 Studien zusammengefasst, die den Einfluss der sozialen Unterstützung auf den Therapieerfolg überprüften. Die Ergebnisse zeigen eher einen kleinen Zusammenhang zwischen sozialem Support und dem Outcome ( $r = .13$ ). Allerdings wurde in der Metaanalyse, wie auch in vielen Studien, keine Unterscheidung gemacht, von wem die soziale Unterstützung kommt, obwohl dies sehr wichtig sein könnte. Renshaw (2007) konnte beispielsweise in Bezug auf die wahrgenommenen Kritik nachweisen, dass nur die Kritik von nahen Familienangehörigen einen starken Einfluss auf die depressive Symptomatik von Klienten hat, während für Kritik von Freunden kein Zusammenhang festgestellt werden konnte.

#### **4.2.2.3 Expressed Emotion (EE)**

Expressed Emotion (EE) wurde Ende der 60er Jahre von Brown und Mitarbeitern entwickelt (siehe z.B. Brown & Rutter, 1966) und ist ein Konstrukt, welches die Qualität der familiären Umgebung misst. Zur Erfassung von EE wird in einem privaten Interview mit einem Angehörigen des Klienten erhoben, wie kritisch, hostile oder emotional überengagiert dieser sich gegenüber dem (nichtanwesenden) Klienten äussert (Hooley & Parker, 2006). Das Konzept wurde zuerst in der Schizophrenieforschung angewendet (Brown, Birley, & Wing, 1972). Dabei konnte der enge Zusammenhang mit dem Therapieoutcome und dem Rückfallrisiko in einer grossen Anzahl von Studien sowohl für Schizophrenie als auch für andere Störungen wie Depression, Angststörungen, Essstörungen und Substanzabhängigkeit belegt werden (zur Übersicht siehe Butzlaff & Hooley, 1998).

### 4.3 Eigener Artikel zum Thema Inputforschung und Partnerschaft

Die vorliegende Studie untersucht verschiedene Gruppen von Inputvariablen des Klienten und seines Partners auf den Symptomverlauf während einer Depressionsbehandlung.

#### 4.3.1 Studie 5: Behandlungsverlauf bei depressiven Störungen: Demographische, intrapsychische und interpersonelle Prädiktoren des Patienten und dessen Partner

**Autoren** Marcel Schär, Guy Bodenmann

**Status** eingereicht (2009)

**Zeitschrift** Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie

#### **Zusammenfassung**

Theoretischer Hintergrund: Derzeit ist unklar, auf welche Faktoren frühe Symptomveränderungen während einer Psychotherapie zurückzuführen sind.

Fragestellung: Die vorliegende Studie untersucht demographische, intrapsychische und interpersonelle Prädiktoren des Patienten und seines Partners auf den Symptomverlauf während einer Depressionsbehandlung.

Methode: Die Analysen wurden mittels hierarchisch-linearen Modellen durchgeführt und basieren auf Daten von 60 Paaren, die im Rahmen einer kontrolliert-randomisierten Studie entweder kognitiv-behaviorale, interpersonelle oder paarbezogene Psychotherapie in Anspruch nahmen.

Resultate: Die vorliegende Studie zeigt, dass mit intrapsychischen und interpersonellen Variablen 50% der Varianz des Symptomverlaufs während der Therapie aufgeklärt werden können. Dabei sind die Dauer der Depression, die individuellen Copingkompetenzen, die allgemeine Lebenszufriedenheit und das eigene negative Verhalten in einem Konfliktgespräch mit dem Partner die wichtigsten Prädiktoren.

Schlussfolgerung: Wie schnell sich die Symptome bei depressiven Patienten während einer Psychotherapie reduzierten, kann unabhängig von der Interventionsart und von Therapeutenvariablen, zu einem grossen Teil auf intrapsychische und interpersonelle Variablen des Patienten zurückgeführt werden.

## **BEHANDLUNGSVERLAUF BEI DEPRESSIVEN STÖRUNGEN: DEMOGRAPHISCHE, INTRAPSYCHISCHE UND INTERPERSONELLE PRÄDIKTOREN DES PATIENTEN UND DESSEN PARTNER**

Schär Marcel, Bodenmann Guy

Universität Zürich

### **Zusammenfassung**

**Theoretischer Hintergrund:** Derzeit ist unklar, auf welche Faktoren frühe Symptomveränderungen während einer Psychotherapie zurückzuführen sind.

**Fragestellung:** Die vorliegende Studie untersucht demographische, intrapsychische und interpersonelle Prädiktoren des Patienten und seines Partners auf den Symptomverlauf während einer Depressionsbehandlung.

**Methode:** Die Analysen wurden mittels hierarchisch-linearen Modellen durchgeführt und basieren auf Daten von 60 Paaren, die im Rahmen einer kontrolliert-randomisierten Studie entweder kognitiv-behaviorale, interpersonelle oder paarbezogene Psychotherapie in Anspruch nahmen.

**Resultate:** Die vorliegende Studie zeigt, dass mit intrapsychischen und interpersonellen Variablen 50% der Varianz des Symptomverlaufs während der Therapie aufgeklärt werden können. Dabei sind die Dauer der Depression, die individuellen Copingkompetenzen, die allgemeine Lebenszufriedenheit und das eigene negative Verhalten in einem Konfliktgespräch mit dem Partner die wichtigsten Prädiktoren.

**Schlussfolgerung:** Wie schnell sich die Symptome bei depressiven Patienten während einer Psychotherapie reduzierten, kann unabhängig von der Interventionsart und von Therapeutenvariablen, zu einem großen Teil auf intrapsychische und interpersonelle Variablen des Patienten zurückgeführt werden.

**Abstract**

**Theoretical background:** At present, little is known about variables that influence change in symptomatology during psychotherapy.

**Objective:** This study investigated demographic, intrapersonal and interpersonal predictors of depressed patients and their spouses on the course of depressive symptoms during psychotherapy.

**Method:** Results based on hierarchical linear modeling and included, in a randomized clinical trial, data of 60 couples, treated with either a cognitive– behavioral, an interpersonal or a couple-based intervention.

**Results:** Intra- and interpersonal variables of the depressed were significant predictors for the change of symptomatology during therapy. The most important predictors are duration of depression, individual coping competences, life satisfaction and the negative behavior during marital conflict.

**Discussion:** These results show that variables of the depressed patient had independent of treatment or therapist variables, an important influence on the course of depression symptoms during psychotherapy. Findings are considered in light of previous literature on predicting response to depression therapy.

**Key words:** Early gains, psychotherapy, depression, predictors, shapes of early change, repeated measurement

## EINLEITUNG

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen ist sehr gut belegt (siehe z.B. Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008). In der klassischen Psychotherapieforschung wurde dabei meistens der Symptomverlauf *nach* der Therapie untersucht (Endpunkt-bezogene Analysen im Sinne der summativen Evaluation), wogegen der Symptomverlauf während der Therapie eher vernachlässigt worden ist (Rosner, Frick, Beutler, & Daldrup, 1999). Neben der mittel- und langfristigen Wirksamkeit ist es jedoch auch wichtig zu wissen, wie schnell eine Intervention greift. Eine rasche Wirkung ist in Anbetracht des großen Leidensdrucks und des erhöhten Suizidrisikos gerade bei depressiven Patienten relevant.

In einem einflussreichen Artikel berichteten Ilardi und Craighead (1994), dass bei einem Teil der depressiven Patienten die grösste Symptomreduktion bereits innerhalb der ersten acht Sitzungen gemessen werden konnte. Neuere Studien der Prozessforschung konnten zudem aufzeigen, dass Patienten, die schneller auf die Psychotherapie reagierten, auch langfristig besser von der Therapie profitierten und weniger Rückfälle erlitten (Beevers, Wells, & Miller, 2007; Haas, Hill, Lambert, & Morrell, 2002). Ilardi und Craighead (1994) lösten mit ihrem Artikel eine wichtige Debatte darüber aus, worauf diese frühen Effekte eigentlich zurückzuführen sind (zur Diskussion siehe z.B. Ilardi & Craighead, 1999; Tang & DeRubeis, 1999; Whisman, 1999). Einerseits ist ein schneller Symptomrückgang in Übereinstimmung mit dem allgemeinen Aufwand-Wirkungs-Modell (siehe z.B. Howard, Krause, & Orlinsky, 1986), wonach die Verbesserungen zu Therapiebeginn am größten sind und mit der Therapiedauer abnehmen (Anderson & Lambert, 2001; Kopta, Howard, Lowry, & Beutler, 1994; Stulz, Lutz, Leach, Lucock, & Barkham, 2007). Andererseits sind diese Ergebnisse provokativ und nicht ganz unumstritten, da unklar ist, auf welche Faktoren solche Veränderungen schließlich zurückzuführen sind. Haas et al. (2002) kommen beispielsweise in ihrer Untersuchung zum kritischen Schluss, dass einige Klienten so früh eine Symptomreduktion zeigen, dass diese eher auf allgemeine als auf spezifische Wirkfaktoren von Psychotherapie zurückzuführen sind (Haas, et al., 2002; Ilardi & Craighead, 1999).

Allerdings reagieren nicht alle Patienten auf die gleichen Interventionen gleich (siehe auch "the patient uniformity myth" in Kiesler, 1966). Das heißt, neben spezifischen oder allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie, könnten auch Variablen beim Patienten für einen unterschiedlichen Symptomverlauf während der Therapie verantwortlich sein. Diese personenspezifischen Variablen können grob in drei Gruppen eingeteilt werden: (a) demographische Variablen (Alter, Geschlecht, Anzahl Kinder, sozioökonomischer Status,...), (b) intrapsychische Variablen (z.B. Neurotizismus, Depressivität, Ausmaß der Störung, Copingdefizite,...)

und (c) interpersonelle Variablen (soziale Konflikte, soziale Unterstützung, ...). Die Untersuchung des Einflusses solcher patientenspezifischen Variablen auf den Therapieverlauf (siehe z.B. Comninos & Grenyer, 2007; Hayes, et al., 2007; Pyne, et al., 2001) wurde in der Psychotherapieforschung bisher allerdings eher vernachlässigt. So ist die empirische Datenlage hinsichtlich Depressionsbehandlung eher bescheiden und zeigt, dass *demographische Variablen* (Alter, Geschlecht, Zivilstand) aufgrund bisheriger Studien keinen oder einen geringen Einfluss auf den Verlauf haben (z.B. Lutz, Martinovich, & Howard, 1999; Lutz, Stulz, Smart, & Lambert, 2007; McLeod, Kessler, & Landis, 1992).

In den wenigen bis jetzt vorliegenden Studien zum Einfluss von *intrapsychischen Variablen* auf den Symptomverlauf wurden bisher vor allem stressbezogene Faktoren untersucht, da die Art und Weise wie Personen stressende Alltagssituationen bewerten und bewältigen können, eine fundamentale Komponente der kognitiven Depressionstherapie ist. Dabei zeigte sich, dass ein höheres Belastungsniveau, negative Kognitionen und Defizite im individuellen Coping vor Behandlungsbeginn mit einer verzögerten, resp. geringeren Abnahme der Depressionssymptomatik während der Therapie assoziiert waren (Beevers, et al., 2007; Cohen, et al., 2008; Gunthert, Cohen, Butler, & Beck, 2005). Ergebnisse aus der Grundlagen- und Wirksamkeitsforschung lassen zudem darauf schließen, dass auch Variablen des allgemeinen Funktionsniveaus (z.B. Symptombelastung, allgemeine Lebenszufriedenheit, allgemeines Befinden) zu Beginn der Depression einen relevanten Einfluss auf den Verlauf haben könnten (Hamilton & Dobson, 2002; Kahan, Mitchell, Kemp, & Adkins, 2006; Teri & Lewinsohn, 1986).

Obwohl die *interpersonellen Faktoren* in fast allen aktuellen Theorien über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression eine zentrale Rolle spielen (z.B. Joiner & Coyne, 1999; Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000) wurde der Einfluss dieser Variablen auf den Therapieverlauf bisher am wenigsten untersucht (Comninos & Grenyer, 2007). Allerdings gibt es eine Reihe von Studien, die den Einfluss der interpersonellen Variablen auf den unbehandelten Verlauf oder den Therapieerfolg untersuchten. Dabei zeigte sich, dass vor allem drei Konstrukte immer wieder eine wichtige Rolle spielen: Konflikte, soziale Unterstützung und Expressed Emotions. McLeod et al. (1992) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass sich Patienten schneller von einer depressiven Episode erholten, wenn die Interaktionen mit dem Partner positiv waren und sie weniger Konflikte mit Freunden erlebten. Nachfolgende Studien fokussierten dann vor allem auf Konflikte mit dem Partner, wobei sie aufzeigen konnten, dass Konflikte mit depressiven Symptomen zusammenhingen und zu mehr Rückfällen führten (Beach, Dreifuss, Franklin, Kamen, & Gabriel, 2008; Crits-Christoph, et al., 2001; Milan, et al., 2005; Whisman, Weinstock, & Uebelacker, 2002). Gemäß einer neueren Studie von Renshaw (2007) haben Konflikte mit dem Partner resp. mit anderen engen Familienmitglie-

dern einen größeren Einfluss auf die Depression als Probleme mit Freunden.

Neben Konflikten in der Partnerschaft ist die soziale Unterstützung eine der bestuntersuchten psychosozialen Faktoren in Zusammenhang mit Depression (Cappeliez, et al., 2007).

Dabei zeigte sich, dass insbesondere die subjektiven Aspekte der sozialen Unterstützung wichtig sind. Depressive die wenig soziale Unterstützung wahrnehmen oder mit der Unterstützung unzufrieden sind, zeigten eine geringere Reduktion der Symptomatik nach einer Intervention und ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall (Ezquiaga, Garcia, Pallares, & Bravo, 1999; Nasser & Overholser, 2005; Oxman & Hull, 2001). Allerdings wurde nur selten die Unterscheidung gemacht, ob die soziale Unterstützung vom Partner oder von nahestehenden Personen kommt. Dies könnte aber gerade auch im Hinblick auf die Ergebnisse von Renshaw (2007) von Bedeutung sein.

Expressed Emotion (EE) ist ein weiteres wichtiges und viel untersuchtes interpersonelles Konstrukt (Hooley & Parker, 2006). In einem Interview werden dabei die Einstellung und die Gefühle gegenüber dem Patienten erfasst, wobei die Äußerung von kritischen Kommentaren besonders wichtig zu sein scheint (Hinrichsen, Adelstein, & McMeniman, 2004). In einer Metaanalyse konnten Butzlaff & Hooley (1998), zeigen, dass die Anzahl an kritischen Äußerungen im EE-Interview ein wichtiger Prädiktor für den Therapieoutcome und das Rückfallrisiko bei Depression und anderen psychischen Störungen darstellt. Andere Studien untersuchten ausschließlich die subjektiv wahrgenommen Kritik, wobei diese ein signifikanter Prädiktor für die depressive Symptomatik darstellte (Manne, et al., 2003; Miklowitz, Wisniewski, Miyahara, Otto, & Sachs, 2005).

### **Aktuelle Studie**

Bisherige Studien konnten somit einzelne Prädiktoren für den Verlauf der Depression während der Therapie identifizieren. Allerdings ist uns keine Studie bekannt, die eine größere Anzahl an Variablen von verschiedenen Prädiktorengruppen (demographische, intrapsychische, interpersonelle Variablen) gleichzeitig untersuchte. Zudem beruhen viele Studien zu interpersonellen Faktoren oftmals auf Selbstauskünften. Dies ist jedoch nicht ganz unproblematisch, da die negative Sicht über das Verhalten des Interaktionspartners stark mit der Depression konfundiert sein kann. Deshalb wäre der Einbezug von objektiveren Massen wie Verhaltensbeobachtungsdaten sinnvoll. Außerdem könnten die interpersonellen Variablen des Partners, aufgrund der täglichen Interaktion zwischen dem Patienten und seines Partners, für den Verlauf der Depression ebenso einflussreich sein wie die eigenen interpersonellen Faktoren. Schließlich wurde in vielen der obengenannten Untersuchungen die abhängige Variable (z.B. Ausmaß der depressiven Symptome) nicht wöchentlich, resp. zu jeder Sitzung,

sondern in größeren Abständen gemessen. Dadurch kann allerdings der Symptomverlauf nicht präzise abgebildet werden.

An diese Kritik anschließend, versucht die vorliegende Studie einige dieser Lücken zu schließen, indem auf der Basis von Selbst- und Fremdberichtsdaten untersucht wird, welche Variablen den Therapieverlauf beeinflussen. Um dem Aufwand-Wirkungsmodell Rechnung zu tragen, wird der Steigungskoeffizient als eine negativ beschleunigte log-lineare Kurve moduliert (Lutz, et al., 2007; Stulz, et al., 2007). Dabei steht die folgende Fragestellung im Vordergrund: Welche patientenspezifischen Variablen vor der Therapie können den Symptomverlauf während der Therapie vorhersagen? Als Prädiktoren wurden drei Gruppen von Variablen untersucht: (a) demographische Variablen, (b) intrapsychische Variablen und (c) interpersonelle Variablen. Um den Einschränkungen bisheriger Studien Rechnung zu tragen, wurden sowohl die intrapsychischen als auch die interpersonellen Variablen vom Patienten und dessen Partner in die Analysen mit einbezogen. Zudem wurden die interpersonellen Variablen nicht nur mittels Selbstauskunft, sondern auch mittels Verhaltensbeobachtung und Interviewverfahren erhoben.

Wir gehen entsprechend den obigen Ausführungen davon aus, dass die intrapsychischen Variablen des Patienten und die interpersonellen Variablen des Patienten und seines Partners sowohl den Ausgangswert als auch den Symptomverlauf vorhersagen und einen signifikanten Teil der vorhandenen Varianz aufklären können. Da die intrapsychischen Variablen des Partners nur eine indirekte Wirkung auf den Symptomverlauf haben sollten, vermuten wir für diese keine Zusammenhänge.

## METHODE

Die Daten der vorliegenden Untersuchung basieren auf einer Multicenterstudie, welche die langfristige Wirksamkeit von drei unterschiedlichen Interventionen zur Behandlung von depressiven Patienten überprüfte (Bodenmann, et al., 2008): Die kognitiv-behaviorale Therapie (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; KVT), der interpersonelle Ansatz nach Weissman et al. (2000; IPT) und die bewältigungsorientierte Intervention für Paare von Bodenmann (2009; BOI). Während die KVT der Depression zugrundeliegende dysfunktionale Kognitionen und Verhaltensweisen zu identifizieren und verändern versucht (Beck, et al., 1979), konzentriert sich die IPT auf pathologische Trauerreaktionen, Rollenkonflikte, interpersonelle Konflikte und soziale Defizite (Weissman, et al., 2000). Der paartherapeutische Ansatz seinerseits fokussiert auf die gemeinsame Stressbewältigung im Paar, sowie auf das Erlernen von paarspezifischen Kommunikations- und Problemlösestrategien und hat somit einen rein interpersonellen Fokus (Bodenmann, 2009). Da der methodische Teil der Untersuchung anderweitig



bereits ausführlich beschrieben worden ist (Bodenmann, et al., 2008), folgt hier nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Informationen.

In der vorliegenden Studie konzentrieren wir uns auf Prädiktoren, die den Symptomverlauf während der Therapie vorhersagen, *unabhängig* von der Interventionsart. Dies aus folgenden Gründen: Erstens konnten bis 1.5 Jahre nach der Therapie keine Unterschiede in Bezug auf die depressiven Symptome zwischen den Interventionen festgestellt werden (Bodenmann, et al., 2008). Zweitens interessieren für die Fragestellung ausschließlich personenspezifische Prädiktoren, da diese oft vernachlässigt wurden und drittens wird aus Überlegungen bezüglich Power eine möglichst große Stichprobe benötigt, um den Symptomverlauf adäquat modellieren zu können.

### **Stichprobe**

Von den insgesamt 496 Interessenten wurden nach einem telefonischen Vorscreening 68 Personen zu einem SKID-Interview eingeladen, wobei 60 Personen sämtliche Einschlusskriterien erfüllten: Alle Patienten mussten die DSM-IV Kriterien für Major Depression oder Dysthyme Störung erfüllen und im BDI (Beck, Steer, & Garbin, 1988) einen Wert von 18 Punkte oder mehr aufweisen. Zudem mussten die Patienten in einer festen und stabilen Partnerschaft sein, die länger als ein Jahr andauerte. Ausschlusskriterien waren bipolare Störungen, psychotische, resp. manische Symptome oder erhöhte Suizidalität. Die 60 Patienten wurden anschließend randomisiert den drei Interventionsgruppen zugeteilt. Drei Patienten brachen die Therapie ab (zwei in der IPT-Gruppe wegen Hospitalisierung, einer in der BOI-Gruppe aufgrund Trennung vom Partner) und mussten in den hier vorliegenden Analysen ausgeschlossen werden. Bei Patienten, die bereits vor der Therapie regelmäßig Antidepressiva einnahmen (55% aller Patienten), wurde die Medikation über den gesamten Verlauf der Therapie konstant gehalten. Knapp mehr als die Hälfte der Patienten waren weiblich (58%) und die durchschnittliche Partnerschaftsdauer betrug 16.7 Jahre (SD = 10.7). Die Patienten und deren Partner waren im Mittel 45.7 Jahre (SD = 10.9) alt. Die BDI-Werte, als Maß der Symptombelastung, lagen bei den Patienten bei 23.4 (SD = 7.7) und bei deren Partnern bei 5.8 (SD = 4.9).

### **Design**

Patienten in den Gruppen KVT und IPT besuchten jede Woche eine einstündige Therapiesitzung, während im paartherapeutischen Ansatz die Sitzungen zwei Stunden dauerten, jedoch einen zeitlichen Abstand von zwei Wochen aufwiesen. Insgesamt umfasste jede Therapie 20 Stunden, verteilt über einen Zeitraum von 20 Wochen. Die Patienten wurden in privaten psychotherapeutischen Praxen in fünf Schweizer Städten (Basel, Bern, Fribourg, Luzern und Zü-

rich) behandelt. Rekrutiert wurden sie über Flyer, öffentliche Vorträge in Kliniken und persönliche Informationen durch den behandelnden Psychotherapeuten. Zwei Wochen vor der ersten Therapiesitzung wurden die Ausgangsdaten (sowohl Fragebogen, Interview als auch Verhaltensbeobachtung) beim Patienten und dessen Partner erhoben. Zudem füllten sämtliche Patienten vor jeder Sitzung einen kurzen Fragebogen zur depressiven Symptomatik (Depressionsskala des BSI) aus.

## **Messinstrumente**

### ***Abhängige Variable: Depressive Symptomatik***

Als abhängige Variable wurde zur Erfassung der aktuellen depressiven Symptomatik vor jeder Therapiesitzung die Subskala „Depression“ aus dem Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) abgegeben. Mit 6 Items (4-stufige Likertskala von „überhaupt nicht“ bis „stark“) konnten so die Beschwerden während der letzten sieben Tage erfragt werden. Die interne Konsistenz schwankte zwischen den einzelnen Messzeitpunkten zwischen  $\alpha = .79$  und  $.89$ .

### ***Prädiktoren: Demographische Variablen***

Folgende demographische Variablen wurden in die Analysen einbezogen: Alter, Geschlecht, Ausbildung, Einkommen, Dauer der Partnerschaft und ob die Patienten bisher in Psychotherapie waren.

### ***Prädiktoren: Intrapsychische Variablen***

*Beck-Depressions-Inventar* (BDI; Beck, et al., 1988). Der Fragebogen dient zur Erfassung der Schwere der depressiven Verstimmung bzw. Depression und umfasst 21 Items (4-stufige Likertskala). Erfragt werden sowohl die Intensität, wie auch die verschiedenen Symptome der Depression (Pessimismus, Schuldgefühle, usw.). Die interne Konsistenz des Fragebogens war gut ( $\alpha = .93$ ). Die Validität der Skala konnte bestätigt werden (Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1995).

*Skala zur Erfassung von Stress in verschiedenen Bereichen* (ASN; Bodenmann, 1998). Dieser Fragebogen erfasst mit 17 Items (5-stufige Likert-Skala) den aktuellen Stress innerhalb der letzten Wochen in verschiedenen Bereichen wie allgemeine Lebenssituation, Partnerschaft, Beruf, soziale Kontakte und Haushalt. Cronbach's Alpha der Gesamtskala betrug  $\alpha = .83$ .

*Fragebogen zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit* (ALZ; Bodenmann, 1998). Dieser Fragebogen erhebt mit 5 Items (5 stufige Likert-Skala), wie zufrieden Personen subjektiv mit ihrem Leben und ihrer Lebenssituation sind. Die interne Konsistenz betrug  $\alpha = .75$ .

*Psychisches und körperliches Befinden* (PKB; Bodenmann-Kehl, 1999). Diese Kurzska von Bodenmann-Kehl (1999) erfasst mit jeweils drei Items das körperliche und psychische Wohlbefinden. Die beiden Skalen wiesen interne Konsistenzen von  $\alpha = .82$  (körperliches Wohlbefinden) und  $\alpha = .86$  (psychisches Wohlbefinden) auf. In den Analysen wurde, aufgrund der Konfundierung mit dem BDI, die Subskala psychisches Befinden ausgeschlossen.

*Fragebogen zur Erfassung des individuellen Copings* (INCOPE; Bodenmann, 1998). Dieser Fragebogen wurde in Anlehnung an den Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) von Janke, Erdmann und Kallus (1985) und die Copingformen, wie sie bei Perrez und Reicherts (1995) differenziert werden, konzipiert. Erfragt werden mittels 22 Items (5-stufige Likert-Skala) konkrete Verhaltensweisen im Umgang mit Stress. Cronbach's Alpha der Gesamtskala betrug  $\alpha = .76$ .

### **Prädiktoren: Interpersonelle Variablen**

*Partnerschaftsfragebogen* (PFB; Hahlweg, 1996). Der PFB von Hahlweg (1996) erfasst mittels 31 Items die Qualität der Partnerschaft und die Zufriedenheit mit der Paarbeziehung auf einer 4-stufigen Likert-Skala (0 = nie/sehr selten; 1 = selten; 2 = oft; 3 = sehr oft). Die interne Konsistenz war gut ( $\alpha = .88$ ). Die Kriteriums- und Konstruktvalidität des Fragebogens konnte in mehreren Untersuchungen nachgewiesen werden (Hahlweg, 1996).

*Dyadisches Coping Inventar* (DCI; Bodenmann, 2008). Bei diesem Fragebogen wird mit 37 Items (5-stufige Likert-Skala) der Umgang von Paaren mit Belastungssituationen erfasst. Die Konstruktvalidität, die kriterienbezogene Validität und die Retest-Reliabilität des Instruments sind befriedigend bis gut (Bodenmann, 2008), die interne Konsistenz war gut ( $\alpha = .92$ ).

*Fragebogen zur Sozialen Unterstützung* (SOZU; Sommer & Fydrich, 1991). Der SOZU ist ein Verfahren zur Selbstbeurteilung, welches mittels 22 Items (5-stufige Likertskala) die Unterstützung durch das soziale Netzwerk erhebt. Die Konstruktvalidität konnte bestätigt werden (Sommer & Fydrich, 1991). In unserer Studie wurde lediglich die Subskala „Emotionale Unterstützung“ durch andere Personen (Freunde, Verwandte, Bekannte: 8 Items) unter Ausschluss des Partners erfasst, da dessen Unterstützung bereits mit dem DCI erhoben wurde. Die interne Konsistenz war gut ( $\alpha = .91$ ).

*Fünf-Minuten Sprechstichprobe* (Five-Minute Speech Sample FMSS; Magana, et al., 1986). Dieses Verfahren der Verhaltensbeobachtung dient zur Messung der „Expressed Emotion (EE)“ in engen Beziehungen. Dabei wird ein Partner gebeten, für fünf Minuten ohne Unterbrechung über seine Gefühle und Gedanken in Bezug auf den anderen Partner zu sprechen. Die Äußerungen werden videographiert und anschließend ausgewertet. In der vorliegenden Studie dient als Index für EE die Kategorie „offene Kritik“. Zudem wurde die Kategorie „Qualität der

Beziehung (positive und negative Äußerungen)“ erhoben. Das Übereinstimmungskappa der für die Versuchsbedingungen blinden Rater schwankte zwischen .82 - .89.

*Konfliktverhalten während eines Konfliktgesprächs:* Während eines 15-minütigen Gesprächs über ein aktuelles Konfliktthema wurden Paare zuhause videographiert. Die mikroanalytischen Videoauswertungen erfolgten mittels eines computergestützten Analysesystems (Computer Aided Observation System CAOS; Bourquard, Bodenmann, & Perrez, 1992). Bei der Kodierung kamen Kategorien des KPIs (Hahlweg, et al., 1984) und SPAFFs (Gottman, 1994) zur Anwendung. Die einzelnen Kategorien wurden in die Subskalen „negativ verbal“, „negativ nonverbal“, „positiv verbal“ und „positiv nonverbal“ zusammengefasst. Die Interrater-Reliabilitäten (Kappa-Koeffizienten) lagen für die verbalen Kategorien über .80 und für die nonverbalen Kategorien über .66.

### Statistische Auswertung

Die Daten der vorliegenden Studie wurden mit HLM 6.0 (Hierarchical Linear Modeling; Raudenbush, Bryk, Cheong, Congdon, & du Toit, 2004) ausgewertet. HLM hat gegenüber traditionellen Verfahren einige Vorteile, insbesondere was die Analyse von Therapieprozessen betrifft. Erstens sind die Daten aufgrund der Messwiederholung innerhalb einer Person geschachtelt, zweitens können die Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen variabel sein und drittens benötigen HLM-Modelle keine vollständigen Datensätze auf der Ebene der Messwiederholung (Level 1).

Für die Analyse der vorliegenden Daten wurde ein 2-Level-Modell gewählt. Level 1 beinhaltet als abhängige Variable, die vor jeder Therapiesitzung gemessene und innerhalb der einzelnen Patienten geschachtelte depressive Symptomatik (siehe Gleichung A). Diese messwiederholten Werte wurden als Wachstumskurve moduliert (Raudenbush & Bryk, 2002). Eine Wachstumskurve besteht auf Level 1 aus zwei Merkmalen: Der Achsenabstand ( $\pi_{0i}$ ) gibt den Wert zu Beginn der Therapie an, der Steigungskoeffizient ( $\pi_{1it}$ ) widerspiegelt die Veränderung über die Zeit<sup>1</sup>. Um den angenommenen nichtlinearen Verlauf der abhängigen Variable auf Level 1 abzubilden wurde der Steigungsparameter ( $\pi_{1it}$ ) in Form eines log-linearen Trends geschätzt (Formel A; siehe z.B. Lutz, et al., 1999). Da die abhängige Variable den Schweregrad der depressiven Stimmung misst und somit höhere Werte einer größeren Belastung entsprechen, wird eine negativ beschleunigte Kurve erwartet. Dies bedeutet, je nega-

---

<sup>1</sup> Gemäß Forderung von Tang & DeRubeis (1999) sind die Verläufe nicht in Wochen sondern in Sitzungen angegeben.

tiver der Wert des Steigungskoeffizienten ist, desto größer ist die Symptomreduktion zu Beginn der Therapie.

$$\text{Level 1: } BSI_{\text{Depression};it} = \pi_{0i} + \pi_{1i} \text{ Log (Sitzungen) } + e_{it}$$

Für die nachfolgenden Analysen wurde untersucht, welche zusätzlichen, vor Therapiebeginn gemessenen Faktoren einen Einfluss auf den Therapieverlauf haben. Dazu wurden auf der zweiten Ebene (Level 2, siehe Formel B) Prädiktoren eingefügt, welche die individuellen Unterschiede in den beiden Gleichungsparametern (Achsenabstand siehe Formel B<sub>0</sub>; Steigungskoeffizienten siehe Formel B<sub>1</sub>) erklären sollen. Dadurch werden die Prädiktoren auf Level 1 (Achsenabstand und Steigungskoeffizient) zu abhängigen Variablen der Level 2-Prädiktoren<sup>2</sup>.

$$(B_0) \quad \text{Level 2:} \quad \pi_0 = \gamma_{00} + \gamma_{01} (\text{Prädiktor 1}) + \gamma_{02} (\text{Prädiktor 2}) + \dots + \mu_0$$

$$(B_1) \quad \pi_1 = \gamma_{10} + \gamma_{11} (\text{Prädiktor 1}) + \gamma_{12} (\text{Prädiktor 2}) + \dots + \mu_1$$

Weil der bisherige Wissensstand keine exakten Hypothesen darüber erlaubt, welche Variablen den Symptomverlauf am besten vorhersagen, war das Vorgehen explorativer Art. Um zu einem möglichst sparsamen Gesamtmodell zu gelangen, erfolgten die statistischen Analysen in drei Schritten:

In einer Voranalyse wurde überprüft welche Variablen einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Symptomverlaufs liefern<sup>3</sup>. Dadurch konnte eine erste Reduktion der Prädiktoren vorgenommen werden. Diese Analysen wurden getrennt für die einzelnen Gruppen von Prädiktoren durchgeführt, das heißt insgesamt wurden fünf Modelle gerechnet (demographische, intrapsychische und interpersonelle Variablen des Patienten und intrapsychische und interpersonelle Variablen des Partners).

In einem nächsten Schritt wurde mit diesen signifikanten Prädiktoren je ein Zwischenmodell für jede Variablengruppe gerechnet (siehe Tabelle 2). Anhand dieser fünf Zwischenmodelle konnte die aufgeklärte Varianz für jede Gruppe von Prädiktoren und getrennt für die beiden Gleichungsparameter (Achsenabschnitt und Steigungskoeffizienten) geschätzt werden<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Gemäß den Empfehlungen von Nezlek, Shröder-Abé & Schütz (2006) wurden bei sämtlichen Modellen die Fehler auf Level 2 frei geschätzt, resp. als „zufällig“ (random effect) moduliert.

<sup>3</sup> Sämtliche Variablen innerhalb eines Modells wurden zuerst miteinander korreliert. Wenn zwei oder mehr Variablen zu hoch miteinander korrelierten (< .50), wurden die Variablen von dem Modell ausgeschlossen, die nach dem BIC-Kriterium (BIC; Raftery, 1995) zu einem geringeren Modellfit führten. Die BIC-Formel lautet  $-2 \cdot (\log \text{likelihood of the model}) + \log(N) \cdot \text{Anzahl Prädiktoren}$ .

<sup>4</sup> In HLM kann nur eine eingeschränkte aufgeklärte Varianz (= Pseudo R<sup>2</sup>) geschätzt werden. Das heißt, die aufgeklärte Varianz eines Modelles wird immer in Bezug auf ein anderes, weniger spezifiziertes Modell berechnet. Um den Zuwachs an aufgeklärter Varianz eines spezifizierten Modells mit Level 2-Prädiktoren zu klären, wurde die

Im letzten Schritt wurden sämtliche signifikanten Prädiktoren aller fünf Zwischenmodelle in ein finales Modell überführt.

## ERGEBNISSE

### HLM Basis Analysen: Das unkonditionierte Wachstumsmodell

Als Grundlage für die nachfolgenden Vorhersagemodelle wurde ein vollständig unkonditioniertes Modell<sup>5</sup> gebildet (siehe Tabelle 2). Dies ist gemäß Byrk und Raudenbush (1992) das einfachste Multilevel-Modell und enthält auf keiner Ebene Prädiktoren. Darauf aufbauend wurde das unkonditionierte Wachstumsmodell gebildet, welches einen Achsenabschnitt und einen log-linearen Steigungskoeffizienten<sup>6</sup>, jedoch keine Level 2-Prädiktoren beinhaltet und so den Therapieverlauf über alle Patienten abbildet (siehe Tabelle 2). Dieses Basismodell schätzt für alle Patienten einen Ausgangspunkt von  $\pi_0=2.56$  ( $t = 33.265, p = 0.000$ ). Der log-lineare Zeitverlauf ist  $\pi_0 = -0.517$  ( $t = -5.690; df = 58; p < 0.000$ ). In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass ohne die Berücksichtigung anderer Variablen von Messzeitpunkt (MZ) 1 zu 2 die Depressionssymptomatik um 0.15 Punkte abnimmt, von MZ 2 zu 3 um 0.09 Punkten, von MZ3 zu 4 um 0.06 Punkte, usw. Alleine durch diesen log-linearen Term konnten 31% der Varianz auf Level 1 (d.h. der Veränderung über die Zeit) aufgeklärt werden. Zudem sind die Fehler für den Achsenabschnitt und den Steigungskoeffizienten (resp. der Varianzkomponente  $\mu_0$  und  $\mu_1$ ) ebenfalls signifikant ( $p < 0.000$ ). Diese geben die nicht erklärte Varianz auf Personenlevel an. Daraus kann gefolgert werden, dass es sinnvoll ist, Level 2-Prädiktoren einzufügen, um diese Varianz zu minimieren.

---

Varianzkomponente des Achsenabschnittes, resp. des Steigungskoeffizienten dieses Modells in Bezug zum unkonditionierten Wachstumsmodell gesetzt, welches lediglich die Prädiktoren auf Level 1 einbezieht (siehe Formel A; ohne Prädiktoren auf Level 2). Die Formel zur Berechnung des Pseudo- $R^2$  lautet:  $\text{Pseudo } R^2 = [\sigma^2 (\text{unkonditioniertes Wachstumsmodell}) - \sigma^2 (\text{spezifiziertes Modell})] / \sigma^2 (\text{unkonditioniertes Wachstumsmodell})$ . Anders als in normalen Regressionen können aufgrund der multiplen Datenebenen und der multiplen Fehlertermen auch negative Werte für  $R^2$  entstehen. Dies geschieht vor allem dann, wenn die Varianz aufgrund zusätzlicher Variablen ansteigt. Dies ist ein Hinweis für schlechte Prädiktoren. Für eine Diskussion zur aufgeklärten Varianz siehe (Singer & Willett, 2003; Snijders & Bosker, 1999).

<sup>5</sup> Level 1:  $AV_{it} = \pi_{0i} + e_{it}$ ; Level 2:  $\pi_0 = \gamma_{00} + \mu_0$

<sup>6</sup> Es wurde auch ein unkonditioniertes Wachstumsmodell mit einem linearen und einem quadratischen Term gebildet und mit dem log-linearen Modell verglichen. Als Vergleichsbasis für einen besseren Modellfit wurde das Bayesian Information Criteria (BIC; Raftery, 1995) gebildet. Das BIC-Kriterium gibt an, wie gut das Modell zu den Daten passt, wobei kleinere Werte großen vorzuziehen sind. Gemäß der BIC-Statistik ist das log-lineare Modell ( $BIC_{\log}=1033.8$ ) dem linearen ( $BIC_{\text{linear}}=1055.4$ ) resp. dem linearen und quadratischen Modell ( $BIC_{\text{lin} + \text{quadr}}=1059.4$ ) vorzuziehen. Zur Bewertung der Unterschiede siehe auch Singer & Willet (2003).

**Tabelle 1.** Mittelwerte, Standardabweichungen und die Korrelationsmatrix der signifikanten Prädiktoren in den Zwischenmodellen

	Depressiver Patient				Partner				
	Intrapsychisch				Interpersonell		Interpersonell		
	DD <sub>Depr</sub>	KB <sub>Depr</sub>	INC <sub>Depr</sub>	ALZ <sub>Depr</sub>	SOZU <sub>Dep</sub> r	EEPO <sub>De</sub> pr	KOVN <sub>De</sub> pr	EEPO <sub>Par</sub> tr	KOVN <sub>Pa</sub> rt
1. DD <sub>Depr</sub>	1.00	0.05	-0.14	0.00	-0.22	0.08	0.09	0.00	-0.01
2. KB <sub>Depr</sub>		1.00	0.16	0.25°	0.03	0.19	0.13	0.09	-0.03
3. INC <sub>Depr</sub>			1.00	0.21	0.17	0.24°	-0.09	0.21	-0.15
4. ALZ <sub>Depr</sub>				1.00	0.34*	0.26°	0.11	0.23°	0.03
5. SOZU <sub>Depr</sub>					1.00	0.36*	-0.14	0.11	-0.10
6. EEPO <sub>Depr</sub>						1.00	-0.05	0.53***	-0.07
7. KOVN <sub>Depr</sub>							1.00	-0.20	0.72***
8. EEPO <sub>Part</sub>								1.00	-0.19
9. KOVN <sub>Part</sub>									1.00
Mittelwert	148.07	3.54	2.68	2.53	25.73	1.81	0.07	1.80	0.06
SD	128.68	1.15	0.41	0.78	7.92	1.84	0.05	1.78	0.05

Anmerkungen: ° p < 0.10; \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < 0.001; DD = Dauer der Depression; KB = Körperliches Befinden; INC = Individuelles Coping; ALZ = Allgemeine Lebenszufriedenheit; SOZU = Soziale Unterstützung; EEPO = Expressed Emotion, positive Äußerungen in Bezug auf den Partner; KOVN = Konfliktgespräch verbal negative Äußerungen. <sub>Depr</sub> = Variablen des depressiven Patienten; <sub>Part</sub> = Variablen des Partners des depressiven Patienten;

### Gruppen von Prädiktoren: Demographische, intrapsychische und interpersonale Variablen

Als nächstes wurde überprüft, welche Gruppen von Prädiktoren (demographische, intrapsychische, interpersonelle Prädiktoren des Depressiven und des Partners) wie viel Varianz bezüglich Achsenabstand und Steigungskoeffizient aufklären und welche Prädiktoren dafür besonders relevant sind. Für die HLM-Analyse wurden sämtliche Prädiktoren zentriert. Tabelle 1 präsentiert die deskriptiven Werte und eine Korrelationsmatrix der signifikanten Prädiktoren der Zwischenmodelle. Tabelle 2 stellt die Ergebnisse der HLM-Analysen und die aufgeklärte Varianz für die einzelnen Zwischenmodelle pro Block und für das finale Modell dar.

#### Demographische Variablen

In der Voranalyse zeigte sich, dass von den sieben eingefügten demographischen Prädiktoren (Alter, Geschlecht, Anzahl Kinder, Dauer der Partnerschaft, Ausbildung, Einkommen, Psychotherapieerfahrung) keine das Niveau der Depression zu Beginn oder den Verlauf während der Therapie signifikant vorhersagen konnte.

### ***Intrapsychische Prädiktoren***

Bei den intrapsychischen Prädiktoren (Beck Depressions Inventar<sup>7</sup>, Dauer der Depression, Körperliches Befinden, Individuelles Coping, Allgemeines Stressniveau und Lebenszufriedenheit) der depressiven Patienten wurden in der Voranalyse von den sechs Prädiktoren für das Ausgangsniveau zwei und für den Veränderungsparameter drei Prädiktoren signifikant (siehe Tabelle 2). Diese wurden anschließend in das Zwischenmodell aufgenommen: Wie angenommen, sagten hohe Werte in den individuellen Copingfertigkeiten und dem körperlichen Befinden vor Beginn der Therapie einen tieferen Ausgangswert der Symptomatik vorher. Bezüglich dem Therapieverlauf sagte die allgemeine Lebenszufriedenheit eine größere, resp. die Dauer der Depression hypothesenkonform eine geringere Reduktion der depressiven Symptomatik vorher. Erstaunlicherweise führten aber auch hohe Werte in den individuellen Copingfertigkeiten zu einer verlangsamten Reduktion. Vom Ausgangswert konnten durch diese Prädiktoren 48% und vom Verlauf 29% der Varianz aufgeklärt werden.

Wie vermutet, wurden von den intrapsychischen Prädiktoren des Partners keine der eingefügten Variablen signifikant. Aus diesem Grund beinhaltet das Zwischenmodell für diese Gruppe von Variablen keine Prädiktoren und kann somit auch keine zusätzliche Varianz im Depressionsverlauf des Patienten aufklären (siehe Tabelle 2).

### ***Interpersonelle Prädiktoren***

Bezüglich der interpersonellen Prädiktoren (Partnerschaftszufriedenheit, soziale Unterstützung, dyadisches Coping, Expressed Emotion mit Kritik / positives und negatives Verhalten und die Verhaltensbeobachtung im Konfliktgespräch mit verbal-positivem / verbal negativem / nonverbal-positivem / nonverbal-negativem Verhalten<sup>8</sup>) wurde erwartet, dass sowohl die Variablen des Patienten als auch die des Partners einen signifikanten Einfluss auf die Anfangssymptomatik und den Verlauf haben.

Die Voranalysen zeigten, dass von den acht Prädiktoren *des Patienten* drei signifikant wurden und im nächsten Schritt in das Zwischenmodell übertragen werden konnten (positive Äußerung im Expressed Emotion-Interview, soziale Unterstützung und verbales negatives Verhalten im Konfliktgespräch; siehe Tabelle 2).

---

<sup>7</sup> In der Voranalyse zeigte sich, dass der BDI sowohl beim Patienten als auch beim Partner stark mit dem Allgemeinen Stressniveau und dem körperlichen Befinden korrelierte ( $r = .57$  bis  $.64$ ), jedoch zu einem geringeren Modellfit nach dem BIC-Kriterium führt. Aus diesem Grund wurde der BDI nicht in die Analysen einbezogen.

<sup>8</sup> Das dyadische Coping und die Partnerschaftszufriedenheit korrelierten sowohl beim Patienten als auch bei dessen Partner mit  $r = .75$ , das nonverbale negative und das verbal negative Verhalten im Konfliktgespräch mit  $r = .52$  -  $.70$ . Um das Problem der Konfundierung zu reduzieren, wurden die DCI-Werte und das nonverbale negative Verhalten während des Konfliktgesprächs nicht in das Modell aufgenommen. Der Vergleich verschiedener Modellen zeigte, dass dies die beste Lösung im Sinne des Modellfit nach dem BIC-Kriterium ist.



**Tabelle 2** Hierarchisch linear-modulierte Resultate für die reduzierten Zwischenmodelle und das finale Modell

		<i>B</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>BIC</i>
<b>Modell 0a: Unkonditioniertes Modell</b>							1196.10
Intercept		2.113	0.068	30.893	***		
<b>Modell 0b: Unkonditioniertes Wachstumsmodell (mit Zeit als log-Funktion)</b>							1033.79
Intercept	B00	2.566	0.077	33.265	***	0.312	
Slope	B10	-0.517	0.091	-5.690	***		
<b>Modell 1a: Demographische Variablen des Patienten/der Patientin</b>							
Keine signifikanten Parameter							
<b>Modell 1b: Intrapsychische Variablen des Patienten/der Patientin</b>							995.61
Intercept	B00	2.569	0.065	39.419	***	0.477	
KB <sub>Depr</sub>	B01	-0.112	0.037	-2.991	**		
INC <sub>Depr</sub>	B02	-0.490	0.137	-3.589	***		
Slope	B10	-0.501	0.083	-6.060	***	0.293	
DD <sub>Depr</sub>	B11	0.001	0.000	2.809	*		
INC <sub>Depr</sub>	B12	0.539	0.251	2.141	*		
ALZ <sub>Depr</sub>	B13	-0.297	0.067	-4.390	***		
<b>Modell 1c: Intrapsychische Variablen des Partners/der Partnerin</b>							
Keine signifikanten Parameter							
<b>Modell 1d: Interpersonelle Variablen des Patienten/der Patientin</b>							988.83
Intercept	B00	2.570	0.074	34.605	***	0.223	
EE PO <sub>Depr</sub>	B01	-0.083	0.037	-2.262	*		
Slope	B10	-0.500	0.085	-5.893	***	0.256	
SOZU <sub>Depr</sub>	B11	-0.019	0.009	-2.299	*		
KOVN <sub>Depr</sub>	B12	2.815	1.421	1.986	*		
<b>Modell 1e: Interpersonelle Variablen des Partners/der Partnerin</b>							984.25
Intercept	B00	2.571	0.076	34.017	***	0.167	
EE PO <sub>Partner</sub>	B01	-0.076	0.030	-2.553	*		
Slope	B10	-0.502	0.090	-5.552	***	0.122	
KOVN <sub>Partner</sub>	B11	2.199	1.310	1.679	°		
<b>Modell 2: Finalmodell mit Prädiktoren des Patienten und des Partners</b>							1003.32
Intercept	B00	2.567	0.063	40.369	***	0.518	
KB <sub>Depr</sub>	B01	-0.115	0.036	-3.172	**		
INC <sub>Depr</sub>	B02	-0.439	0.130	-3.392	**		
EEPO <sub>Depr</sub>	B03	-0.057	0.033	-1.546			
Slope	B10	-0.501	0.073	-6.841	***	0.492	
DD <sub>Depr</sub>	B11	0.001	0.000	3.000	**		
INC <sub>Depr</sub>	B12	0.588	0.216	2.723	**		
ALZ <sub>Depr</sub>	B13	-0.267	0.075	-3.554	***		
SOZU <sub>Depr</sub>	B14	-0.007	0.008	-0.834			
KOVN <sub>Depr</sub>	B15	3.804	1.195	3.185	**		

Anmerkungen: B = Regressionskoeffizient; SD= Standardabweichung; T = T-Wert; p = Signifikanzniveau: ° p &lt; 0.10;

\*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < 0.001; R<sup>2</sup>= Aufgeklärte Varianz; BIC = Bayesian Information Criteria; KB = Körperliches Befinden; INC = Individuelles Coping; ALZ = Allgemeine Lebenszufriedenheit; SOZU= Soziale Unterstützung; EEPO = Expressed Emotion, positive Äußerungen in Bezug auf den Partner; KOVN = Konfliktgespräch verbal negative Äußerungen; Depr = Variablen des depressiven Patienten; Intercept = Achsenabschnitt; Slope = Steigungskoeffizient

Je positiver der Patient im Expressed Emotion-Interview über seinen Partner spricht, desto tiefere Ausgangswerte hat er zu Beginn der Therapie. Diese Variable kann 22% der Varianz aufklären. Je mehr soziale Unterstützung der Patient angibt und je weniger negatives verbales Verhalten er während des Konfliktes zeigt, desto grösser ist die Symptomreduktion im Therapieverlauf. Zusammen können sie 25% Varianz im Verlauf aufklären.

Die interpersonellen Variablen *des Partners* konnten, wie vermutet, ebenfalls einen relevanten Beitrag zur Varianzaufklärung liefern. In der Voranalyse wurden bei dieser Gruppe zwei verschiedene Prädiktoren signifikant und in das Zwischenmodell aufgenommen (siehe Tabelle 2), wobei ein sehr ähnliches Muster wie beim Patienten festgestellt werden konnte: Je positiver sich der Partner im EE-Interview gegenüber dem Patienten äußert, desto geringer sind die Symptomausgangswerte des Patienten, und je negativer sich der Partner im Konflikt verhält, desto geringer ist die Symptomreduktion während der Therapie. Sie konnten immerhin noch 17% der Varianz vom Ausgangspunkt und 12% der Varianz im Verlauf erklären.

### **Das finale Modell**

Im letzten Schritt wurde mit sämtlichen signifikanten Prädiktoren der Zwischenmodelle ein multivariates finales Modell gebildet<sup>9</sup>. Mit diesem konnten jeweils ca. 50% der Varianz des Ausgangspunktes und des Veränderungsparameters aufgeklärt werden (siehe Tabelle 2).

Hohe Werte im körperlichen Befinden und im individuellen Coping sagten eine geringere Symptombelastung zu Beginn der Therapie voraus. Als wichtige Prädiktoren für den log-linearen Verlauf der Symptomatik zeigten sich vier signifikante Variablen: Eine lange Depressionsvorgeschichte, eine tiefe allgemeine Lebenszufriedenheit, hohe individuellen Copingkompetenzen und viel verbale Negativität im Konfliktgespräch führten zu einer Abflachung der log-lineare Kurve; d.h. zu einer Verlangsamung des Symptommrückgangs während der Therapie.

---

<sup>9</sup> Da die positiven Äußerungen im EE-Interview als auch das Verhalten im Konflikt zwischen Patient und dessen Partner sehr hoch miteinander ( $r = .53 - .73$ ) korrelierten, wurden sie nicht in das finale Modell aufgenommen, obschon sie in den Zwischenmodellen signifikant wurden. Ein Modellvergleich zeigte, dass der Ausschluss der interpersonellen Variablen des Partners im finalen Modell zu einer besseren Modellschätzung und so zu einem besseren Modellfit nach dem BIC-Kriterium führt.

## DISKUSSION

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, welche patientenspezifischen Prädiktoren den Symptomverlauf während einer Depressionsbehandlung vorhersagen.

Da über die typische Form des Verlaufs während der Therapie in der aktuellen Forschungsliteratur noch Uneinigkeit herrscht, wurden in einer Voranalyse unterschiedliche Verlaufsparmeter getestet. Dabei zeigte sich, dass in unseren Daten ein loglinearer Steigungskoeffizient die Veränderungen über die Zeit besser schätzt, als ein linearer und ein quadratischer Parameter. Dabei konnte mit einer loglinearen Modellierung 30% der Gesamtvarianz der Symptomatik während der Therapie aufgeklärt werden. Dieses Ergebnis entspricht dem theoretischen Dosis-Wirkungsprinzip, wonach die Symptomreduktion zu Beginn der Therapie am größten ist und danach abflacht (siehe auch Lutz, et al., 1999). Zu beachten ist, dass hier lediglich auf die akute depressive Symptomatik fokussiert wurde. Im Gegensatz zu den akuten, brauchen chronische, charakterbedingte (Kopta, et al., 1994) oder interpersonelle Symptomveränderungen (Barkham, et al., 1996) wesentlich länger und haben möglicherweise auch einen anderen Verlauf.

Die Auswahl der Prädiktoren für den Symptomverlauf erfolgte in unserer Studie schrittweise, wobei die 22 Prädiktoren schlussendlich auf 3 Prädiktoren für den Ausgangswert und 5 Prädiktoren für den Symptomverlauf reduziert werden konnten. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen auf, dass mit diesen ausgewählten Prädiktoren im finalen Modell 50% der Varianz des Ausgangswertes aber auch des Symptomverlaufs auf intrapsychische und interpersonellen Variablen zurückzuführen sind. Im Hinblick auf das finale Modell sind grundsätzlich zwei Ergebnisse auffallend, die hier kurz diskutiert werden sollen:

Erstens ist der große Anteil an Varianzaufklärung in Bezug auf den Therapieverlauf überraschend und im Vergleich mit früheren Studien ungewöhnlich. Beevers et al. (2007) konnten beispielsweise beim Therapieverlauf von Depressiven mit intrapsychischen (negative Kognitionen) und interpersonellen Variablen („Family Functioning“) 22.5 % der Varianz erklären, wenn wie bei uns für den Ausgangswert kontrolliert wurde. In Bezug auf einen unbehandelten Depressionsverlauf konnten Milan et al. (2005) mit soziodemographischen und interpersonellen Variablen lediglich 5% der Varianz vorhersagen und Atkins et al. (2005) konnten mit ähnlichen Prädiktoren wie in unserer Studie den Verlauf der Partnerschaftszufriedenheit während einer Paartherapie nicht vorhersagen. Eine mögliche Erklärung für die große Varianzaufklärung in unserer Studie, ist sicherlich darin zu finden, dass in die Analysen nicht nur multivariate, sondern auch multimodale Konstrukte einbezogen wurden.

Zweitens ist es erstaunlich, dass im finalen Modell die aufgeklärte Varianz im Ausgangswert fast ausschließlich auf die intrapsychischen Variablen zurückgeführt werden kann, während

für den Therapieverlauf die interpersonellen Variablen des Patienten die Varianzaufklärung von 30% auf 50% erhöhen. Die interpersonellen Variablen scheinen also besonders für den Verlauf während der Therapie wichtig zu sein. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass, wie bereits Connolly Gibbons et al. (2003) in ihrer Studie zeigen konnten, interpersonelle Probleme des Patienten zu einer schlechteren Arbeitsbeziehung mit dem Therapeuten führen. Diese Arbeitsbeziehung ihrerseits ist nachweislich ein wichtiger Prädiktor für den Verlauf und den Erfolg einer Therapie (Martin, Garske, & Davis, 2000).

Vergleicht man in unserer Studie nun die einzelnen Gruppen von Prädiktoren untereinander, so zeigte sich, dass die *demographischen Variablen des Patienten und die intrapersonellen Variablen* des Partners nichts zum Verständnis des Symptomverlaufs und des Ausgangswertes während der Behandlung von depressiven Patienten beitragen. Dies war konsistent mit bisherigen Studien (z.B. Klein, Shankman, & Rose, 2008; Milan, et al., 2005) und mit unseren Hypothesen.

Die *intrapsychischen Variablen* des Patienten hingegen sind, wie bereits erwähnt, die „big winner“ und konnten insgesamt am meisten Varianz aufklären. Hohe Werte im körperlichen Befinden und im individuellen Coping führten zu einer geringeren Anfangsbelastung, die Dauer der Depression und eine tiefe Lebenszufriedenheit zu einer Verlangsamung des Symptomrückgangs. Die Ergebnisse entsprachen der Erwartung, mit einer Ausnahme: Neben der Depressionsdauer und der Lebenszufriedenheit führten auch hohe Werte im individuellen Coping zu einer Verzögerung des Symptomrückgangs. Dieses letzte Ergebnis ist unerwartet und inkonsistent mit bisheriger Forschung (siehe auch Cohen, et al., 2008; Gunthert, et al., 2005). Gunthert et al. (2005) konnten beispielsweise aufzeigen, dass Patienten, die aufgrund mangelnder Copingfertigkeiten ein starkes Überschwappen von negativen Gefühlen auf den nächsten Tag erleben, weniger schnell auf die Intervention reagieren. Das Ergebnis unserer Studie könnte auf einen Bodeneffekt zurückzuführen sein: Da Patienten mit funktionalen individuellen Copingstrategien einen geringeren Ausgangswert in der depressiven Symptomatik aufweisen, ist es auch schwieriger bei ihnen eine starke Symptomreduktion herbeizuführen. Unterstützt wird diese Vermutung dadurch, dass in sämtlichen Modellen Achsenabschnitte und Verlauf negativ miteinander korrelieren ( $r = -.45$  bis  $-.51$ ).

Bezüglich der *interpersonellen Variablen* zeigte sich, dass der stärkste Prädiktor das Verhalten des Patienten während eines Konfliktgesprächs mit seinem Partner ist: Je negativer das Verhalten desto ungünstiger ist der Symptomverlauf während der Therapie. Studien zu unbehandelten Therapieverläufen berichten ähnliche Zusammenhänge zwischen partnerschaftlichen Konflikten und Symptomverlauf (z.B. Milan et al. 2005). Auch wenn dieses Ergebnis erwartet war, gibt es zwei Punkte die hier kurz diskutiert werden sollen. Erstens korrelieren

das negative Verhalten von Patient und Partner relativ hoch miteinander, wobei das Verhalten des Depressiven jedoch zu einem besseren Modellfit führt und so auch ein besserer Prädiktor ist. Dies ist vor allem deshalb interessant, weil in bisherigen Studien meistens die negative Interaktion der familiären Umgebung gegenüber dem Patienten (entweder Kritik, Streit, ...) jedoch fast nie die negative Interaktion des Patienten mit seiner familiären Umwelt betont wurde (zur Übersicht siehe Hooley & Parker, 2006). Zweitens konnte lediglich die Verhaltensbeobachtung während eines Paarkonfliktes den Verlauf signifikant vorhersagen, partnerschaftliche Fragebögen und Variablen des EE-Interviews jedoch nicht. Dies ist überraschend, kann aber ein Hinweis darauf sein, dass vor allem das konkrete Verhalten und weniger die Einstellung für den Therapieverlauf zentral ist. Diese Schlussfolgerungen passen zur bereits genannten Vermutung, dass die Interaktionsschwierigkeiten des Patienten, möglicherweise zu einer schlechteren Arbeitsbeziehung mit dem Therapeuten und so zu einer verlangsamen Symptomreduktion führen.

Obwohl die EE-Variablen lediglich in den Zwischenmodellen (d.h. innerhalb der intrapsychischen Variablen) signifikante Ergebnisse lieferten, zeigten sich hier einige interessante Befunde. In Kontrast zu anderen Studien, die vor allem auf die negativen Äußerungen (insbesondere Kritik) fokussierten (Manne, et al., 2003; Miklowitz, et al., 2005; Milan, et al., 2005; Stangier, Ukrow, Schermelleh-Engel, Grabe, & Lauterbach, 2007), zeigte sich in unserer Studie, dass lediglich die positiven Beziehungsäußerungen einen relevanten Einfluss auf die Symptomatik haben. Diese werden jedoch eher selten untersucht, da sie im Camberwell Family Interview (CFI; Vaughn & Leff, 1976; „gold-standard“ Verfahren zur Messung der EE) nicht vorgesehen waren, sondern von Magana et al. (1986) im kürzeren Five Minute Speech Sample -Verfahren hinzugefügt worden sind. Unser Ergebnis könnte ein Hinweis darauf sein, dass zur Ergänzung des negativen (wie Kritik,...) auch das positive Interaktionsverhalten zwischen Partnern vermehrt in Untersuchungen einbezogen werden sollte.

Wie Atkins et al. (2005) in ihrer Diskussion betonen, sind zur Beurteilung der praktischen Implikation die Prädiktoren des Verlaufs wichtiger als die des Ausgangswertes, da die Ersteren helfen, Fragen zur generellen und zur adaptiven Indikation zu beantworten. Eine erste Implikation unserer Studie für die therapeutische Praxis könnte darin gesehen werden, dass der Einflussspielraum des Therapeuten auf die Symptomreduktion während der Therapie relativ eingeschränkt ist. Dies deswegen, da ein großer Anteil der Varianz auf patientenspezifische Variablen zurückzuführen ist, die vor der ersten Sitzung erhoben worden sind. Allerdings spielen für den Symptomverlauf während der Therapie neben intrapsychischen Variablen auch die Interaktionskompetenzen des Patienten eine entscheidende Rolle. Dabei kann vermutet werden, dass der Zusammenhang zwischen den Interaktionskompetenzen des Pati-

enten und dem Verlauf über die therapeutische Beziehung mediiert wird. Für die adaptive Indikation würde dies bedeuten, dass insbesondere bei Patienten mit partnerschaftlichen Interaktionsschwierigkeiten noch viel mehr Wert auf die Beziehungsgestaltung gelegt werden sollte und dadurch der ungünstige Einfluss zumindest der interpersonellen Variablen möglicherweise abgedämpft werden könnte.

### **Einschränkungen**

An dieser Stelle soll noch auf einige generelle Einschränkungen der Studie hingewiesen werden: Erstens handelt es sich um eine explorative Untersuchung, sprich die Auswahl der Variablen ist aufgrund eines Mangels an empirischen Studien und theoretischen Modellen nicht strikt hypothesengeleitet. Zudem wurden einige wichtige Prädiktoren nicht in die Analysen mit einbezogen (z.B. Motivation, Hoffnung, Bindung, Interpersoneller Stil, Selbstwirksamkeit, Persönlichkeitsmerkmale...). Hier kann entgegengehalten werden, dass insbesondere Neurotizismus einen so erheblichen Einfluss auf die akute depressive Erkrankung hat, dass einige Autoren aufgrund der hohen Konfundierung empfehlen, diese nicht einzubeziehen (Pyne, et al., 2001). Zweitens konzentrierten wir uns auf intrapsychische und interpersonelle Variablen, während andere wichtige Variablen (Therapeutenvariablen, Interventionsart, Interaktion Therapeuten- und Patientenvariablen), vor allem aufgrund der eingeschränkten Power, außer Acht gelassen werden mussten. In zukünftigen Studien wäre es spannend, neben den patientenspezifischen Variablen auch therapeuten- und interventionsspezifische Variablen einzufügen, da die Fragen offen ist, worauf die restliche Varianz zurückgeht.

Schließlich ist dies die erste Untersuchung dieser Art und die statistische Power ist mit lediglich 60 Paaren klar eingeschränkt. Eine größere Stichprobe wäre wichtig, um die hier gefundenen Ergebnisse zu replizieren, und um weitere Gruppen von Prädiktoren einzubeziehen und deren Interaktionen ermitteln zu können.

Neben diesen ernstzunehmenden Einschränkungen weist die Studie jedoch auch eine Reihe von Stärken auf: Erstens wurden nicht nur einzelne, sondern Gruppen von Prädiktoren untersucht, wobei nicht nur Variablen des Patienten sondern auch Variablen des Lebenspartners erhoben und in die Analysen mit einbezogen wurden. Zweitens wurde in Bezug auf die die interpersonellen Prädiktoren nicht nur Fragebögen, sondern auch Verhaltensbeobachtungsmasse eingesetzt. Drittens untersuchten wir in der Studie störungsbildhomogene Patienten und viertens wurde die abhängige Variable – anders als in anderen Studien zur Prozessmessung – vor jeder einzelnen Therapiestunde gemessen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen auf, dass ein relativ großer Teil der Symptomveränderungen während der Therapie auf intrapsychische und interpersonelle Variablen des

Patienten zurückzuführen ist. Allerdings sind in diesem komplexen Feld noch viele Fragen offen. Dies zeigt sich auch darin, dass heutige Depressionsbehandlungen im besten Fall für 2/3 der Personen wirksam sind (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002; Westen & Morrison, 2001). Aus diesen Gründen wäre die empirische Überprüfung eines ganzheitlicheren Modells über den Einfluss verschiedener Variablen und deren Interaktionen (Therapeut, Intervention, Patient und deren Interaktion) auf den Symptomverlauf während der Therapie interessant und notwendig (siehe z.B. Orlinsky, Roonestad, & Willutzki, 2004). Solches Wissen könnte im Sinne einer adaptiven Indikation helfen, die Wirkung von Psychotherapie bei depressiven Patienten weiter zu optimieren und zu verbessern.

## LITERATUR

- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*(7), 875-888.
- Atkins, D. C., Berns, S. B., George, W. H., Doss, B. D., Gattis, K., & Christensen, A. (2005). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 893-903.
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 927 - 935.
- Beach, S. R. H., Dreifuss, J. A., Franklin, K. J., Kamen, C., & Gabriel, B. (2008). *Couple therapy and the treatment of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77-100.
- Beevers, C. G., Wells, T. T., & Miller, I. W. (2007). Predicting response to depression treatment: The role of negative cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 422-431.
- Bodenmann-Kehl, C. (1999). Eine Analyse spezifischer Ansatzpunkte zur Förderung der familiären Kompetenz. Fribourg: University Press.
- Bodenmann, G. (1998). Dyadisches Coping: Eine systemisch-prozessuale Sicht der Stressbewältigung in Partnerschaften. Theoretischer Ansatz und empirische Befunde. Fribourg: Universität Fribourg.
- Bodenmann, G. (2008). *Dyadisches Coping Inventar*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2009). Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen. Bern: Huber.
- Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S. R., Widmer, K., Gabriel, B., Meuwly, N., et al. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 944-954.
- Bourquard, E., Bodenmann, G., & Perrez, M. (1992). *CAOS. Computer Aided Observation System*. Fribourg: University of Fribourg.
- Bryk, A. S., & Raudenbush, S. W. (1992). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.



- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Cappeliez, P., Robitaille, A., McCusker, J., Cole, M., Yaffe, M. J., Sewitch, M., et al. (2007). Recovery from depression in older depressed patients in primary care: Relation with depression severity and social support. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 31(2), 17-32.
- Cohen, L. H., Gunthert, K. C., Butler, A. C., Parrish, B. P., Wenzel, S. J., & Beck, J. S. (2008). Negative affective spillover from daily events predicts early response to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 955-965.
- Comninos, A., & Grenyer, B. F. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 230-239.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13(1), 59-76.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M., et al. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10(3), 145-154.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Ezquiaga, E., Garcia, A., Pallares, T., & Bravo, M. (1999). Psychosocial predictors of outcome in major depression: A prospective 12-month study. *Journal of Affective Disorders*, 52(1-3), 209-216.
- Gottman, J. M. (1994). What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gunthert, K. C., Cohen, L. H., Butler, A. C., & Beck, J. S. (2005). Predictive Role of Daily Coping and Affective Reactivity in Cognitive Therapy Outcome: Application of a Daily Process Design to Psychotherapy Research. *Behavior Therapy*, 36(1), 77-88.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1157-1172.

- Hahlweg, K. (1996). Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., L. R., G. K., C. V., L. S., & D. R. (1984). Development and validity of a new system to analyze interpersonal communication: Kategoriensystem für partnerschaftliche Interaktion [KPI]. In K. Hahlweg & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital Interaction: Analysis and modification* (pp. 182-198). New York, NY: Guilford Press.
- Hamilton, K. E., & Dobson, K. S. (2002). Cognitive therapy of depression: Pretreatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychology Review, 22*(6), 875-894.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Das Beck Depressionsinventar- BDI*. Bern: Huber.
- Hayes, A. M., Feldman, G. C., Beevers, C. G., Laurenceau, J.-P., Cardaciotto, L., & Lewis-Smith, J. (2007). Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 409-421.
- Hinrichsen, G. A., Adelstein, L., & McMeniman, M. (2004). Expressed emotion in family members of depressed older adults. *Aging & Mental Health, 8*(4), 355-363.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest, 3*(2), 39-77.
- Hooley, J. M., & Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology, 20*(3), 386-396.
- Howard, K. I., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The attrition dilemma: Toward a new strategy for psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(1), 106-110.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*(2), 138-156.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and non-specific factors in cognitive behavior therapy for depression: A reply to Tang and DeRubeis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(3), 295-299.
- Janke, W., Erdmann, G., & Kallus, W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Joiner, T., & Coyne, J. C. (1999). *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Kahan, J. S., Mitchell, J. M., Kemp, B. J., & Adkins, R. H. (2006). The results of a 6-month treatment for depression on symptoms, life satisfaction, and community activities among individuals aging with a disability. *Rehabilitation Psychology, 51*(1), 13-22.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*(2), 110-136.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2008). Dysthymic disorder and double depression: Prediction of 10-year course trajectories and outcomes. *Journal of Psychiatric Research, 42*(5), 408-415.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 1009-1016.
- Lutz, W., Martinovich, Z., & Howard, K. I. (1999). Patient profiling: An application of random coefficient regression models to depicting the response of a patient to outpatient psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 571-577.
- Lutz, W., Stulz, N., Smart, D. W., & Lambert, M. J. (2007). Patterns of early change in outpatient therapy. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 36*(2), 93-104.
- Magana, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J., & Fallon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research, 17*(3), 203-212.
- Manne, S., DuHamel, K., Winkel, G., Ostroff, J., Parsons, S., Martini, R., et al. (2003). Perceived Partner Critical and Avoidant Behaviors as Predictors of Anxious and Depressive Symptoms Among Mothers of Children Undergoing Hemopoietic Stem Cell Transplantation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 1076-1083.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438 - 450.
- McLeod, J. D., Kessler, R. C., & Landis, K. R. (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(2), 277 - 286.
- Miklowitz, D. J., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Otto, M. W., & Sachs, G. S. (2005). Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Research, 136*(2-3), 101-111.

Milan, S., Ickovics, J., Vlahov, D., Boland, R., Schoenbaum, E., Schuman, P., et al. (2005). Interpersonal predictors of depression trajectories in women with HIV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 678-688.

Nasser, E., & Overholser, J. C. (2005). Recovery from major depression: The role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(2), 125-132.

Nezlek, J. B., Schroder-Abe, M., & Schutz, A. (2006). Mehrebenenanalysen in der psychologischen Forschung: Vorteile und Möglichkeiten der Mehrebenenmodellierung mit Zufallskoeffizienten. *Psychologische Rundschau*, 57(4), 213-223.

Orlinsky, D. E., Roonestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In L. M.J (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 5th, pp. 307-389). New York: John Wiley.

Oxman, T. E., & Hull, J. G. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(1), P35-P45.

Perrez, M., & Reicherts, M. (1995). Stress, coping, and health: A situation-behavior approach: Theory, methods, applications. Ashland, OH: Hogrefe & Huber Publishers.

Pyne, J. M., Bullock, D., Kaplan, R. M., Smith, T. L., Gillin, J., Golshan, S., et al. (2001). Health-related quality-of-life measure enhances acute treatment response prediction in depressed inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(4), 261-268.

Raftery, A. (1995). Bayesian model selection in social research (with discussion). In P. Marsden (Ed.), *Sociological methodology 1995* (pp. 111-195). Cambridge, MA: MA: Blackwell Publishers.

Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods* (second ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Raudenbush, S. W., Bryk, A. S., Cheong, Y. F., Congdon, R. T., & du Toit, M. (2004). *HLM 6: Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling* Lincolnwood, IL: SSI Scientific Software International.

Renshaw, K. D. (2007). Perceived criticism only matters when it comes from those you live with. *Journal of Clinical Psychology*, 63(12), 1171-1179.

Rosner, R., Frick, U., Beutler, L. E., & Daldrup, R. (1999). Depressionsverläufe in unterschiedlichen Psychotherapieformen - Modellierung durch Hierarchische Lineare Modelle (HLM). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(2), 112-120.

- Singer, J. D., & Willett, J. B. (2003). *Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence*. New York: Oxford University Press.
- Snijders, T. A. B., & Bosker, R. J. (1999). *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sommer, G., & Fydrich, T. (1991). Development and validation of a questionnaire on social support. *Diagnostica*, 37(2), 160-178.
- Stangier, U., Ukrow, U., Schermelleh-Engel, K., Grabe, M., & Lauterbach, W. (2007). Intrapersonal conflict in goals and values of patients with unipolar depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(3), 162-170.
- Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M., & Barkham, M. (2007). Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 864-874.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 283-288.
- Teri, L., & Lewinsohn, P. M. (1986). Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behavior Therapy*, 17, 215-228.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 15(2), 157-165.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.
- Whisman, M. A. (1999). The importance of the cognitive theory of change in cognitive therapy of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 300-304.
- Whisman, M. A., Weinstock, L. M., & Uebelacker, L. A. (2002). Mood reactivity to marital conflict: The influence of marital dissatisfaction and depression. *Behavior Therapy*, 33(2), 299-314.



## 4.4 Fazit Inputforschung

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Bereich der Inputforschung und Partnerschaft noch unterentwickelt ist. Zwar gibt es einige Studien zur Vorhersagekraft von Klientenvariablen. Die Ergebnisse sind jedoch grösstenteils inkonsistent und die Vorhersagekraft einzelner Prädiktoren ist über alles gesehen eher gering. Studien zu Therapeutenvariablen sind noch seltener und Untersuchungen zur Interaktion von Patientenvariablen mit Therapeutenvariablen fehlen gänzlich. Im Folgenden soll auf die einzelnen Aspekte kurz eingegangen werden.

Bezüglich der eher schwachen Effekte der *klientenbezogenen Prädiktoren* weisen Snyder et al. (2006) darauf hin, dass nicht einzelne, sondern multiple Indikatoren einen substantiellen Beitrag liefern könnten. Sie zitieren dabei eine ältere Studie von Snyder et al. (1993), bei der sie mit gepoolten Prädiktoren (gepoolt zwischen Partner und zwischen demographischen, interpersonellen und intrapsychischen Variablen) die Vorhersagewahrscheinlichkeit von Partnerschaftsunzufriedenheit verdoppeln konnten. Diese Vermutung wird durch Ergebnisse der oben stehenden Studie unterstützt, die zwar in einem anderen Kontext<sup>20</sup> stattfand, jedoch ähnliche Ergebnisse zeigte. Auch hier konnte mit der Kombination der von demographischen, inter- und intrapersonellen Variablen die Vorhersagekraft verdoppelt werden. Auf der anderen Seite fanden Atkins et al. (2005) trotz Erhebung von verschiedenen Variablengruppen kaum Prädiktoren, die den Verlauf der Partnerschaftszufriedenheit nach der Paartherapie vorhersagten.

Dies zeigt, dass die Kombination von verschiedenen Prädiktorengruppen vermutlich sinnvoll ist, aber auch nicht immer Erklärungskraft besitzt. Weitere Forschungsarbeiten wären wichtig, um zu klären ob bestimmte abhängige Variablen (z.B. Partnerschaftszufriedenheit vs. individuelle Symptomatik) schwerer vorherzusagen sind als andere, ob gewisse Verlaufsarten (Verlauf während vs. nach der Therapie) schwerer vorherzusagen sind als andere und ob einige Prädiktoren(-gruppen) bestimmte abhängige Variablen resp. Verlaufsarten besser vorhersagen können.

Wie der Überblick zeigen konnte, wurde bezüglich der klientenbezogenen Variablen eine Reihe unterschiedlicher interpersoneller Prädiktoren eingesetzt. Ein Konzept, welches in der Paartherapieforschung bis jetzt aber weitgehend ignoriert wurde, ist das Circumplex Modell des interpersonalen Verhaltens (siehe z.B. Kiesler, 1996). Dies ist eigentlich erstaunlich, weil es sich dabei um ein empirisch gut abgesichertes Modell handelt (Becker & Mohr, 2005), wel-

---

<sup>20</sup> In der obenstehenden Studie kamen nicht nur ein paartherapeutisches, sondern zusätzlich auch zwei individualtherapeutische Verfahren zur Anwendung und nicht die Partnerschaftszufriedenheit, sondern der Verlauf der individuellen Depressionssymptomatik wurde vorhergesagt.

ches mit seinen beiden Dimensionen Zuneigung/Fürsorge (von extrem feindseligem bis zu freundlichem/liebevollem Verhalten) und Dominanz (von dominantem bis zu unterwürfigem Verhalten) einen guten Erklärungsrahmen für das Verhalten in der Partnerschaft bieten könnte. Tilden et al. (in press) konnten beispielsweise zeigen, dass Patienten mit interpersonellen Problemen (gemessen mit dem IIP-64; Inventory of Interpersonal Problems; Horowitz, Strauss, & Kordy, 2000) drei Jahre nach Abschluss einer Paartherapie weniger von der Intervention in Bezug auf die Partnerschaftszufriedenheit profitieren konnten. Durch den IIP werden allerdings die interpersonellen Probleme im Generellen erhoben, wobei der Zusammenhang zwischen den generellen interpersonellen Problemen und den Problemen in der Partnerschaft noch zu wenig untersucht ist. Trotzdem lässt diese und andere aktuelle Untersuchungen (Knobloch-Fedders, 2008; in press; Tremblay, Wright, Mamodhoussen, McDuff, & Cote, 2008) vermuten, dass das Circumplex Modell des interpersonalen Verhaltens ein spannender und vielversprechender Ansatz für die Paarforschung sein könnte.

Im Gegensatz zu den Klientenvariablen fehlen Untersuchungen zu *Therapeutenvariablen* beinahe gänzlich. Dies ist bedauernswert, da solche Studien für die Ausbildung von angehenden Therapeuten wichtig wären und helfen könnten, Psychotherapieprozesse besser zu verstehen („Was wirkt bei wem?“). Die Therapeutenvariablen wären vor allem im Zusammenhang mit der Aufklärungskraft von Klientenvariablen spannend. In Studie 5 konnte beispielsweise gezeigt werden, dass fast 50% des Verlaufs auf Klientenvariablen zurückzuführen sind. Wie viel Varianz geht dann noch auf den Therapeuten zurück? Wie interagieren Klienten- und Therapeutenvariablen miteinander?



# 5

## Abschliessendes Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, einen Überblick über die Psychotherapieforschung bei Paaren zu geben. Wie in den Fazits am Ende der jeweiligen Kapitel klar wurde, gab es in der Psychotherapieforschung bei Paaren in den letzten 40 Jahren einerseits sehr grosse Fortschritte, insbesondere in Bezug auf die Entwicklung und die Überprüfung der Wirksamkeit dieser Interventionen, andererseits wurden andere Aspekte wie beispielsweise die Prozessforschung eher vernachlässigt.

Als Fazit der bisherigen Inhalte werden in diesem Kapitel, anstelle einer Zusammenfassung, zwei neue Modellen vorgeschlagen und kurz skizziert: Das „Übersichtsmodell zur Psychotherapieforschung mit Paaren“ (Kapitel 5.1) ist ein theoretisches Modell, welches vor allem dazu dienen soll, die relevanten Forschungsfragen bei Paarinterventionen zu organisieren und einordnen zu können.

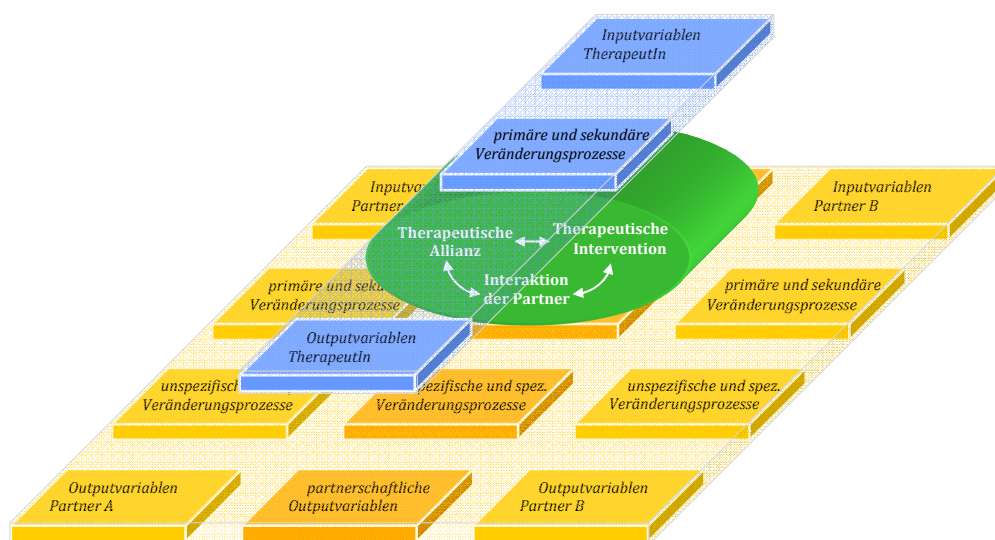
Das zweite Modell („Integratives Modell für Psychotherapie mit Paaren“; Kapitel 5.2) dagegen ist ein inhaltliches und therapeutisches Modell, welches versucht, den Zusammenhang von inhaltlich relevanten Veränderungsprozessen zu spezifischen und schliesslich zu unspezifischen Veränderungsmechanismen zu klären.

### 5.1 Übersichtsmodell zur Psychotherapieforschung mit Paaren

Im Gegensatz zur Psychotherapieforschung im Einzelsetting fehlt im Bereich der Psychotherapieforschung mit Paaren ein allgemeines Übersichtsmodell. Ein solches Modell wäre nützlich, weil es helfen könnte, die relevanten Forschungsfragen und -ergebnisse bei Paarinter-

ventionen zu organisieren und die unterschiedlichen Forschungsansatzpunkte innerhalb eines Modells zu vereinigen. Aufgrund der zusätzlichen Komplexität von Paarinterventionen können bestehende Modelle der Einzelpsychotherapie nicht einfach übernommen werden, sondern müssen entsprechend ergänzt werden. Das vorliegende Modell versucht dies und orientiert sich dabei unter anderem an Arbeiten von Orlinsky et al., aber auch von Doss (2004).

Das *Übersichtsmodell zur Psychotherapieforschung mit Paaren* ist ein dreidimensionales Modell (siehe Abbildung 4), welches erstens zwischen der Therapeutenebene (blau) und der Paarebene (orange) differenziert. Zweitens können innerhalb der Paarebene Variablen des Partners A, Variablen des Partners B (gelb) und die gemeinsamen Variablen des Paares (orange) unterschieden werden. Da Psychotherapie schliesslich ein zeitlicher Prozess ist, wird drittens zwischen Input-Variablen, Veränderungsprozessen, Veränderungsmechanismen und Output unterschieden.



**Abbildung 4.** Übersichtsmodell zur Psychotherapieforschung mit Paaren

*Inputvariablen* beziehen sich, wie im Modell vor Orlinsky et al. (2004), auf den prätherapeutischen Kontext aller Beteiligten. Die beiden Partner sowie der Therapeut bringen ihren individuellen und sozialen Kontext in die Psychotherapie mit ein. Dies können demographische, physiologische, intrapsychische und interpersonelle Variablen sein. Partner A und B haben zudem noch einen gemeinsamen prätherapeutischen Kontext (Dauer der Partnerschaft, Anzahl Kinder,...). Diese Inputvariablen können sich nun direkt oder indirekt auf die nachfolgenden Veränderungsprozesse, Veränderungsmechanismen und schliesslich auch den Output auswirken und mit diesen interagieren. Wie der Überblick in Kapitel 4.2 zeigt, sind die Ergebnisse bezüglich Inputvariablen zurzeit noch inkonsistent. Bisher wurden meistens Variablen der beiden Klienten auf den Output untersucht. Studien zu Klientenvariablen

auf die Veränderungsprozesse und –mechanismen sind selten und der Einfluss (bzw. die Interaktion) von Therapeutenvariablen wurde meistens vernachlässigt.

Die *Veränderungsprozesse* werden beeinflusst und ausgelöst a) durch die Interventionen des Therapeuten (therapeutische Intervention), b) durch die therapeutische Allianz (Beziehung zum Therapeuten, Übereinstimmung bezüglich der Ziele und der Interventionen) sowie c) durch die Interaktion zwischen den Partnern (grüne Ellipse). Der Idee von Orlinsky et al. (2004) folgend kann dabei zwischen primären Veränderungsprozessen innerhalb und sekundären Veränderungsprozessen ausserhalb der Therapiesitzung (z.B. aufgrund der Paarinteraktion zu Hause) unterschieden werden. Veränderungsprozesse beinhalten somit sämtliche Interaktionen zwischen dem Therapeuten und den beiden Partnern sowie deren kurzfristige, bewusste und unbewusste Reaktionen darauf. Diese Reaktionen können sich auf der physiologischen, emotionalen, kognitiven und behavioralen Ebene manifestieren<sup>21</sup>. Untersuchung zeigten (siehe z.B. Greenberg, et al., 1988), dass Prozesse, die eine Kombination von emotionalen (emotionale Aktivierung, Selbstöffnung, emotionales Verständnis), kognitiven (intellektuelles Verständnis, Verantwortung erkennen) und verhaltensbezogenen Reaktionen (z.B. Unterstützung geben) auslösen, besonders wirksam und hilfreich sind.

Die Aktivierung solcher Veränderungsprozesse löst schliesslich spezifische und unspezifische *Veränderungsmechanismen* aus, d.h. mittel- bis längerfristige Veränderungen, die nicht der therapeutischen Kontrolle unterliegen und einen signifikanten Einfluss auf den Outcome haben. Auch hier können wiederum Wirkmechanismen für die einzelnen Partner wie auch gemeinsam für das Paar formuliert werden. Beispielsweise kann die Verbesserung der Kommunikation eines oder beider Partner zu einem besseren Output führen. Allerdings können auch paarinhärente Verbesserungen (z.B. Reduktion der Diskrepanz zwischen der Sichtweise von Partner A und B) wichtige Wirkmechanismen sein, die den Output positiv beeinflussen. In der Partnerschaftsforschung konnten bisher einzelne spezifische Wirkmechanismen, wenn auch mit inkonsistenten Ergebnissen, identifiziert werden. Allerdings ist noch sehr wenig über die Zusammenhänge zwischen spezifischen und unspezifischen Mechanismen klar.

Der *Output* schlussendlich kann wiederum für die einzelnen Partner (z.B. Partnerschaftszufriedenheit, Depressionssymptomatik), für das Paar (z.B. Partnerschaftsstabilität, sozialer Status) und für die Ebene des Therapeuten erhoben werden, wobei ähnlich wie beim Input zwischen physiologischen, intrapsychischen und interpersonellen Variablen unterschieden werden kann. Bisherige Forschungsergebnisse zeigten, dass Paarinterventionen sowohl auf

---

<sup>21</sup> Unter Veränderungsprozessen werden, wie dies auch Orlinsky et al. (2004) propagieren, sämtliche Prozesse verstanden, und zwar unabhängig davon, ob sie zu einer Verbesserung oder Verschlechterung führen, da der Nutzen/Schaden nicht a priori vermutet werden sollte, sondern mit Prozess-Outcome-Forschung überprüft werden müsste.

individueller (Depression, Alkoholabhängigkeit, ...) als auch auf interpersoneller Ebene (Partnerschaftszufriedenheit) Verbesserungen bewirken können.

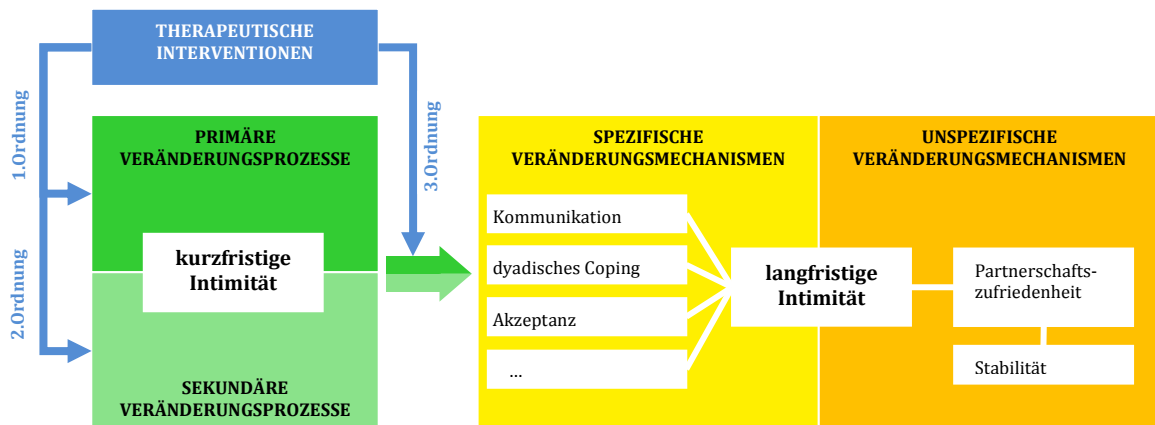
## 5.2 Integratives Modell für Psychotherapie mit Paaren

The complexity of individual, interpersonal and situational factors contributing to the development, exacerbation, or maintenance of couple distress often requires selecting, sequencing, and pacing multiple interventions falling outside of any one theoretical approach (Synder et al., 2006, p338).

Neben Snyder et al. (2006) forderten auch andere Autoren in jüngster Zeit eine integrativere Paartherapie, die stärker allgemeine Wirkfaktoren und –mechanismen einbezieht (Sexton, et al., 2004; Sprenkle & Blow, 2004). Meines Wissens fehlt aber ein dazu gehörendes integratives Modell. Das nachfolgende „Integrative Modell für Psychotherapie mit Paaren“ soll einen theoretischen Rahmen bieten, (primäre und sekundäre) Veränderungsprozesse mit (spezifischen und unspezifischen) Veränderungsmechanismen zu verbinden.

Grundlage des Modells (siehe Abbildung 5) sind zwei Aspekte, die in Kapitel 3 präsentiert wurden und in diesem Kapitel ausgebaut und verbunden werden sollen. Erstens könnten verschiedene spezifische Wirkmechanismen bei unterschiedlichen Paaren für einen oder mehrere grundlegende, unspezifische Wirkmechanismen der Paartherapie verantwortlich sein. Zweitens zeigten empirische Untersuchungen, dass die Intimität, die inner- und ausserhalb einer Sitzung zwischen Paaren entsteht, möglicherweise ein wichtiger Veränderungsprozess und -mechanismus in der Paartherapie ist.

Gemäss dem hier vorgeschlagenen Modell hat der paartherapeutische Prozess zwei aufeinanderfolgende Ziele. Zuerst muss mit therapeutischen Interventionen versucht werden, eine kurzfristige Intimität im Paar zu erzeugen (mittels primärer und sekundärer Veränderungsprozesse). In einem zweiten Schritt soll im Paar eine Interaktion aufgebaut werden (spezifische Veränderungsmechanismen, wie z.B. der Aufbau von Kommunikationsfertigkeiten, Umgang mit Emotionen,...), die es ermöglicht, die kurzfristige Erfahrung der Intimität in eine stabile emotionale Erfahrung für beide zu überführen. Dies soll schliesslich langfristig eine grössere Zufriedenheit und Stabilität im Paar bewirken (unspezifischer Veränderungsmechanismus).



**Abbildung 5.** Integratives Modell für Psychotherapie mit Paaren

So können in diesem Modell drei unterschiedliche Arten von Interventionen beschrieben werden, wobei sich die Interventionen in ihrer Intention unterscheiden:

Interventionen erster Ordnung dienen dazu, *während* einer Therapiesitzung – im Sinne von primären Veränderungsprozessen – kurzfristige Intimität innerhalb des Paares zu initiieren. Ein schönes Beispiel dazu ist eine Spezialform des Oral History Interviews (siehe zum Überblick Bodenmann, 2004), bei der versucht wird, die positiven gemeinsamen Erlebnisse in der Paargeschichte zu aktivieren. Diese Interventionen spielen insbesondere zu Beginn der Therapie eine zentrale Rolle.

Interventionen zweiter Ordnung dienen dazu, kurzfristige Intimität innerhalb des Paares *zwischen* Therapiesitzungen aufzubauen. Dies kann vor allem durch Hausaufgaben erreicht werden, wobei das Reziprozitätstraining ein gutes Beispiel für die verhaltenstherapeutische Arbeit mit Paaren darstellt.

Interventionen dritter Ordnung dienen schliesslich dazu, Grundbedingungen im Paar zu schaffen, damit langfristige Intimität zwischen den beiden Partnern möglich wird. Typisches Beispiel hierzu ist das klassische Kommunikationstraining. Diese Interventionen nehmen vor allem in der verhaltenstherapeutischen Paartherapie viel Platz ein und sind vor allem für die letzten 2/3 der Therapie zentral.

Interventionen erster bis dritter Ordnung unterscheiden sich somit darin, was mit der konkreten Intervention erreicht werden soll. Während einige Interventionen eher für die eine oder andere Funktion (resp. „Ordnung“) indiziert sind, können andere Interventionen auf mehreren Ordnungsebenen eingesetzt werden (selektive Indikation). Diese sollten sich allerdings auf den einzelnen Ebenen in der konkreten Darbietung (adaptive Indikation) unter-

scheiden. Dies kann am Beispiel der 3-Phasen-Methode (siehe Kapitel 1.2.1.2) gut verdeutlicht werden. Während ein Therapeut zu Beginn das Paar eng und prozessdirektiv begleitet (im Sinne einer Intervention erster Ordnung), um eine neue gemeinsame und intime Erfahrung zu ermöglichen, wird er im Laufe der Therapie sein Verhalten ausblenden („fading out“) und mehr Prozessverantwortung dem Paar überlassen (Interventionen 3. Ordnung). Das Beispiel zeigt deutlich, dass sich einige Interventionen erster und dritter Ordnung nicht trennscharf unterscheiden lassen, sondern dass der Übergang oftmals kontinuierlich ist.

Beim vorgestellten Modell handelt es sich um integratives Modell, welches erlaubt, verschiedenste Interventionsformen zu integrieren. Je nach den individuellen Voraussetzungen (sprich Ressourcen) und Problemen des Paares, ist möglicherweise ein anderes Vorgehen wirksamer. Somit ist das Modell auch ein hypothetisches Modell, welches Grundlage für eine Reihe empirischer Untersuchungen bieten kann. Als erstes müsste die Annahme, dass Intimität als übergeordneter Mechanismus wirkt, überprüft werden. Des Weiteren könnten etliche andere Forschungsfragen aus dem Modell abgeleitet werden: Bei welchen Paaren führen welche Interventionen zu einer kurzfristigen Intimitätszunahme? Wie wichtig sind solche kurzfristigen Ereignisse? Welche Interventionen bewähren sich bei welchen Paaren als Interventionen dritter Ordnung?

# 6

## Literatur

- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 15, 355 -370.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768.
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693-704.
- Atkins, D. C., Berns, S. B., George, W. H., Doss, B. D., Gattis, K., & Christensen, A. (2005). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 893-903.
- Azrin, N. H., Naster, B. J., & Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behaviour Research and Therapy*, 11(4), 365-382.
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 121-132.
- Barlow, D. H., O'Brien, G. T., & Last, C. G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 15(1), 41-58.
- Baucom, D. H. (1982). A comparison of behavioral contracting and problem-solving/communications training in behavioral marital therapy. *Behavior Therapy*, 13(2), 162-174.
- Baucom, D. H., & Aiken, P. A. (1984). Sex role identity, marital satisfaction, and response to behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 438-444.
- Baucom, D. H., Epstein, N., & Gordon, K. C. (2000). *Marital therapy: Theory, practice, and empirical status*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Baucom, D. H., Epstein, N., Sayers, S. L., & Sher, T. G. (1989). The role of cognitions in marital relationships: Definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 31-38.
- Baucom, D. H., Epstein, N. B., LaTaillade, J. J., & Kirby, J. S. (2008). Cognitive-behavioral couple therapy. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (pp. 31-72). New York, NY: Guilford Press.
- Baucom, D. H., Hahlweg, K., Atkins, D. C., Engl, J., & Thurmaier, F. (2006). Long-term prediction of marital quality following a relationship education program: Being positive in a constructive way. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 448-455.
- Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Kuschel, A. (2003). Are waiting-list control groups needed in future marital therapy outcome Research? *Behavior Therapy*, 34, 179-188.

- Baucom, D. H., & Lester, G. W. (1986). The usefulness of cognitive restructuring as an adjunct to behavioral marital therapy. *Behavior Therapy*, 17(4), 385-403.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., Wiesenthal, N., Aldridge, W., et al. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(3), 276-283.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 53-88.
- Baumann, U., & Reinecker-Hecht, C. (2005). Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.), *Lehrbuch Klinische Psychologie* (Vol. 3, pp. 378-398). Bern: Hans Huber.
- Beach, S. R., Dreifuss, J. A., Franklin, K. J., Kamen, C., & Gabriel, B. (2008). Couple therapy and the treatment of depression. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (pp. 545-566). New York, NY: Guilford Press.
- Beach, S. R., Fincham, F. D., & Katz, J. (1998). Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review*, 18(6), 635-661.
- Beach, S. R., & O'Leary, K. (1986). The treatment of depression occurring in the context of marital discord. *Behavior Therapy*, 17(1), 43-49.
- Beach, S. R., & O'Leary, K. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23(4), 507-528.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., & Berchick, R. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149(6), 778-783.
- Becker, P., & Mohr, A. (2005). Psychometrische Argumente für die Verwendung untransformierter Skalenwerte im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 205-214.
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical Incidents in the Formation of the Therapeutic Alliance from the Client's Perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 311-323.
- Bennun, I. (1985). Prediction and responsiveness in behavioural marital therapy. *Behavioural Psychotherapy*, 13(3), 186-201.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227-306). New York: John Wiley.
- Blanchard, V. L., Hawkins, A. J., Baldwin, S. A., & Fawcett, E. B. (2009). Investigating the effects of marriage and relationship education on couples' communication skills: A meta-analytic study. *Journal of Family Psychology*, 23(2), 203-214.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital & Family Therapy*, 33(3), 298-317.
- Bodenmann, G. (1998). *Dyadisches Coping: Eine systemisch-prozessuale Sicht der Stressbewältigung in Partnerschaften. Theoretischer Ansatz und empirische Befunde*. Fribourg: Universität Fribourg.
- Bodenmann, G. (2000a). *Kompetenzen für die Partnerschaft*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Bodenmann, G. (2000b). *Stress und Coping bei Paaren; Stress and coping in couples*. Bern: Hans Huber.
- Bodenmann, G. (2004). *Verhaltenstherapie mit Paaren. Ein modernes Handbuch für die psychologische Beratung und Behandlung*. Bern: Hans Huber.
- Bodenmann, G. (2005). *Beziehungskrisen: Erkennen, verstehen und bewältigen*. Bern: Hans Huber.



- Bodenmann, G. (2007). Dyadic coping and the 3-phase-method in working with couples. In L. VandeCreek (Ed.), *Innovations in clinical practice: Focus on group and family therapy* (pp. 235-252). Sarasota: Professional Resources Press.
- Bodenmann, G. (2009). *Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G., Pihet, S., Shantinath, S.-D., Cina, A., & Widmer, K. (2006). Improving dyadic coping in couples with a stress-oriented approach: A 2-year longitudinal study. *Behavior Modification*, 30(5), 571-597.
- Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S. R., Widmer, K., Gabriel, B., Meuwly, N., et al. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 944-954.
- Bodenmann, G., Schaer, M., & Gmelch, S. (2008). *Glücklich zu zweit trotz Alltagsstress: Eine interaktive DVD zur Verbesserung Ihrer partnerschaftlichen Kompetenzen*. Fribourg: Universität Fribourg.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 608-613.
- Brown, G. W., Birley, J., & Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241-258.
- Brown, G. W., & Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 19(3), 241-263.
- Butler, M. H., & Wampler, K. S. (1999). A meta-analytical update of research on the couple communication program. *American Journal of Family Therapy*, 27(3), 223-237.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*, 26(2), 105-125.
- Caldwell, B. E., Woolley, S. R., & Caldwell, C. J. (2007). Preliminary estimates of cost-effectiveness for marital therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 33(3), 392-405.
- Carroll, J. S., & Doherty, W. J. (2003). Evaluating the effectiveness of premarital prevention programs: A meta-analytic review of outcome research. *Family Relations*, 52(2), 105-118.
- Cherlin, A., Furstenberg, F., Chase-Lansdale, P., Kiernan, K., & Robins, P. (1991). Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the U.S. *Science*, 252, 1386-1389.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 176-191.
- Christensen, A., Baucom, D. H., Thuy-Anh Vu, C., & Stanton, S. E. (2005). Methodologically sound, cost-effective research on the outcome of couple therapy. *Journal of Family Psychology*, 19(1), 6-17.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 165-190.
- Christensen, A., Jacobson, N. S., & Babcock, J. C. (1995). *Integrative behavioral couple therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(3), 145-153.
- Coyne, J. C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Coyne, J. C. (1976b). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 39(1), 28-40.
- Coyne, J. C., Thompson, R., & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 26-37.

- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M., et al. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10(3), 145-154.
- Crowe, M. J. (1978). Conjoint marital therapy: A controlled outcome study. *Psychological Medicine*, 8(4), 623-636.
- Cummings, E., Faircloth, W., Mitchell, P. M., Cummings, J. S., & Schermerhorn, A. C. (2008). Evaluating a brief prevention program for improving marital conflict in community families. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 193-202.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- Daiuto, A. D., Baucom, D. H., Epstein, N., & Dutton, S. S. (1998). The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: Implications of empirical research. *Clinical Psychology Review*, 18(6), 663-687.
- Darwiche, J., de Roten, Y., Stern, D. J., von Roten, F. C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2008). Mutual smiling episodes and therapeutic alliance in a therapist-couple discussion task. *Swiss Journal of Psychology*, 67(4), 231-239.
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386.
- Doss, B. D., Thum, Y. M., Sevier, M., Atkins, D. C., & Christensen, A. (2005). Improving relationships: Mechanisms of change in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 624-633.
- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (1997). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: A cost outcomes analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 789-802.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R., Cordova, J., & Kelley, M. L. (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 229-246.
- Foster, S. W. (1986). Marital treatment of eating disorders. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 575-596). New York: Guilford.
- Fruzzetti, A. E., & Fantozzi, B. (2008). Couple therapy and the treatment of borderline personality and related disorders. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (pp. 567-590). New York, NY: Guilford Press.
- Giblin, P., Sprenkle, D. H., & Sheehan, R. (1985). Enrichment outcome research: A meta-analysis of premarital, marital and family interventions. *Journal of Marital & Family Therapy*, 11(3), 257-271.
- Goldfried, M. R., & Pachankis, J. E. (2007). On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 760-768.
- Gottman, J., Markman, H., & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage & the Family*, 39(3), 461-477.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapy research at the beginning of the nineties. *Psychologische Rundschau*, 43(3), 132-162.
- Grawe, K. (1997). "Moderne" Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18(2), 137-159.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. . *Goettingen: Hogrefe*.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1467-1480.

- Greenberg, L. S., Ford, C. L., Alden, L. S., & Johnson, S. M. (1993). In-session change in emotionally focused therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 78-84.
- Greenberg, L. S., James, P. S., & Conry, R. F. (1988). Perceived change processes in emotionally focused couples therapy. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 5-23.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY: Guilford Press.
- Guerney, B. G. (1977). *Relationship Enhancement*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haaga, D. A. F., & Stiles, W. B. (2000). *Randomized clinical trials in psychotherapy research: Methodology, design, and evaluation*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Hahlweg, K., & Baucom, D. H. (2008). Partnerschaft und psychische Störung. *Goettingen: Hogrefe*.
- Hahlweg, K., Duerr, H., Dose, M., Mueller, U., Wiedemann, G., Feinstein, E., et al. (2006). Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rueckfallprophylaxe. *Goettingen: Hogrefe*.
- Hahlweg, K., & Markman, H. J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 440-447.
- Hahlweg, K., Markman, H. J., Thurmaier, F., Engl, J., & Eckert, V. (1998). Prevention of marital distress: Results of a German prospective longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 12(4), 543-556.
- Halford, K. W. (1998). The ongoing evolution of behavioral couples therapy: Retrospect and prospect. *Clinical Psychology Review*, 18(6), 613-633.
- Halford, K. W., O'Donnell, C., Lizzio, A., & Wilson, K. L. (2006). Do couples at high risk of relationship problems attend premarriage education? *Journal of Family Psychology*, 20(1), 160-163.
- Halford, K. W., & Osgarby, S. M. (1993). Alcohol abuse in clients presenting with marital problems. *Journal of Family Psychology*, 6(3), 245-254.
- Halford, K. W., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (1993). A comparison of the generalization of behavioral marital therapy and enhanced behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 51-60.
- Halford, K. W., Watson, B., Wilson, K. L., Verner, T., Larson, J., Busby, D., et al. (2007). Couple Relationship Education at Home: Evaluating the RELATE with Couple CARE Program *Family Relationships Quarterly* 12(4), 3-6.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343.
- Hawkins, A. J., Blanchard, V. L., Baldwin, S. A., & Fawcett, E. B. (2008). Does marriage and relationship education work? A meta-analytic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 723-734.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., & Greenberg, L. (2005). Change process research in couple and family therapy: Methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19(1), 18-27.
- Heinrichs, N., Bodenmann, G., & Hahlweg, K. (2008). *Prävention bei Paaren und Familien*. Göttingen: Hogrefe.
- Hill, R. D., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 84-136). New York: John Wiley.
- Hilliard, R. B., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 125-133.
- Hooley, J. M., & Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 386-396.

- Horowitz, L. M., Strauss, B., & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme - Deutsche Version (IIP-D)* (Vol. 2). Göttingen: Hogrefe.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059-1064.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York, NY: W W Norton & Co.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). Acceptance versus change interventions in behavioral couple therapy: Impact on couples' in-session communication. *Journal of Marital & Family Therapy*, 24(4), 437-455.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Pagel, M. (1986). Predicting who will benefit from behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 518-522.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital Therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner / Mazel.
- Jakubowski, S. F., Milne, E. P., Brunner, H., & Miller, R. B. (2004). A Review of empirically supported marital enrichment programs. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 53(5), 528-536.
- Johnson, S. M. (2002). Marital problems. In D. H. Sprenkle (Ed.), *Effectiveness research in marriage and family therapy* (pp. 163-190). Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Johnson, S. M. (2008). *Emotionally focused couple therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 14(2), 175-183.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 23(2), 135-152.
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Kistner, J. (2006). *The interpersonal, cognitive, and social nature of depression*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Karney, B. R., Story, L. B., & Bradbury, T. N. (2005). *Marriages in Context: Interactions Between Chronic and Acute Stress Among Newlyweds*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 95-105.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Keefe, F. J., Porter, L. S., & Labban, J. (2006). *Emotion regulation processes in disease-related pain: A couples-based perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Klimesch, W. (1994). *The structure of long-term memory: A connectivity model for semantic processing*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Knobloch-Fedders, L. M. (2008). The interpersonal context of depression in couples. *Sitar Newsletter*, 8(2), 4-7.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 33(2), 245-257.
- Kroeger, C., Heinrichs, N., & Hahlweg, K. (2009). Kompetenz-, Kommunikations- und Problemlösetraining. In M. Hautzinger & P. Paul (Eds.), *Psychotherapeutische Methoden* (pp. 459-519). Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (2004). Introduction and Historical Overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.

- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York: John Wiley.
- Law, D. D., & Crane, D. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health-maintenance organization. *Journal of Marital & Family Therapy*, 26(3), 281-291.
- Law, D. D., Crane, D., & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, marital, and family therapy on high utilizers of health care. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29(3), 353-363.
- Lebow, J. (2000). What does the research tell us about couple and family therapies? *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1083-1094.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., et al. (2000). The London Depression Intervention Trial: Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: Clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- Lundblad, A.-M., & Hansson, K. (2006). Couples therapy: Effectiveness of treatment and long-term follow-up. *Journal of Family Therapy*, 28(2), 136-152.
- Markman, H. J., Floyd, F. J., & Dickson-Markman, F. (1982). Toward a model for the prediction and prevention of marital and family distress and dissolution. In S. Duck (Ed.), *Personal Relationships 4: Dissolving personal Relationships* (pp. 233-261). London Academic Press.
- Markman, H. J., Floyd, F. J., Stanley, S. M., & Storaasli, R. D. (1988). Prevention of marital distress: A longitudinal investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 210-217.
- Markman, H. J., & Halford, W. (2005). International perspectives on couple relationship education. *Family Process*, 44(2), 139-146.
- Martire, L. M., Schulz, R., Keefe, F. J., Rudy, T. E., & Starz, T. W. (2007). Couple-oriented education and support intervention: Effects on individuals with osteoarthritis and their spouses. *Rehabilitation Psychology*, 52(2), 121-132.
- McCarthy, B., & Thestrup, M. (2008). Integrating sex therapy interventions with couple therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 38(3), 139-149.
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., Jensen, N., & Hildebrandt, T. (2009). A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 243-256.
- McLeod, J. D., Kessler, R. C., & Landis, K. R. (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 277 - 286.
- Mendonca, J., Lumley, P., & Hunt, A. (1982). Brief marital therapy outcome: Personality correlates. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 27(4), 291-295.
- Milan, S., Ickovics, J., Vlahov, D., Boland, R., Schoenbaum, E., Schuman, P., et al. (2005). Interpersonal predictors of depression trajectories in women with HIV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 678-688.
- Monson, C., Stevens, S., & Schnur, P. (2004). Cognitive-behavioral couple's treatment for post-traumatic stress disorder. In C. T (Ed.), *Focus on Posttraumatic Stress Disorder Research* (pp. 251-280). Hauppauge, NY: Nova Sci.
- Mudd, E. H., Freeman, C. H., & Rose, E. K. (1941). *Premarital counseling in the Philadelphia Marriage Counsel*. New York: Mental Hygiene.
- Northey, W. F., Jr. (2002). Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists: A national survey. *Journal of Marital & Family Therapy*, 28(4), 487-494.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S., Brown, E., & et al. (1996). Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy with and without relapse prevention sessions for alcoholics and their spouses. *Behavior Therapy*, 27(1), 7-24.

- O'Leary, K., Riso, L. P., & Beach, S. R. (1990). Attributions about the marital discord/depression link and therapy outcome. *Behavior Therapy*, 21(4), 413-422.
- O'Leary, K., & Turkewitz, H. (1981). A comparative outcome study of behavioral marital therapy and communication therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 7(2), 159-169.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6-27.
- Orlinsky, D. E., Roonestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York: John Wiley.
- Patterson, G. R., & Reid, J. B. (1970). Reciprocity and coercion: Two faces of social systems. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology*. New York: Appleton.
- Patterson, T. (2005). *Cognitive Behavioral Couple Therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1-8.
- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., McCallum, M., & et al. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(7), 432-438.
- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952-962.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Raytek, H. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 24(3), 317-330.
- Reich, J., & Thompson, W. (1985). Marital status of schizophrenic and alcoholic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(8), 499-502.
- Reinecker, H. (2009). Therapieforschung. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3 ed., pp. 84-99). Berlin: Springer.
- Renshaw, K. D. (2007). Perceived criticism only matters when it comes from those you live with. *Journal of Clinical Psychology*, 63(12), 1171-1179.
- Robles, T. F., & Kiecolt Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology and Behavior*, 79(3), 409-416.
- Roehrle, B., & Strouse, J. (2008). Influence of social support on success of therapeutic interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 464-476.
- Rutledge, A. (1968). An illustrative look at the history of pre-marital counseling. In J. Peterson (Ed.), *Marriage Family Counseling: Perspective Prospect* (pp. 110-129). New York: Association Press.
- Schaer, M., & Bodenmann, G. (2009). *Stress prevention for couples: A new interactive e-learning program*. Paper presented at the Congress of the Swiss Psychological Society.
- Schilling, E. A., Baucom, D. H., Burnett, C. K., Allen, E. S., & Ragland, L. (2003). Altering the course of marriage: The effect of PREP communication skills acquisition on couples' risk of becoming maritally distressed. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 41-53.
- Schindler, L., Hahlweg, K., & Revenstorf, D. (1998). Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Therapiemanual. Berlin: Springer.
- Schindler, L., Hahlweg, K., & Revenstorf, D. (2007). Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung. Ein Handbuch für Paare. Berlin: Springer.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Sevier, M., Eldridge, K., Jones, J., Doss, B. D., & Christensen, A. (2008). Observed communication and associations with satisfaction during traditional and integrative behavioral couple therapy. *Behavior Therapy*, 39(2), 137-150.

- Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Leigh Mease, A. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 590-646). New York: John Wiley.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 547-570.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 6-14.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 992-1002.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512-529.
- Smerud, P. E., & Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 505-510.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317-344.
- Snyder, D. K., Mangrum, L. F., & Wills, R. M. (1993). Predicting couples' response to marital therapy: A comparison of short- and long-term predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 61-69.
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113-129.
- Stuart, R. B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(6), 675-682.
- Sullivan, L. J., & Baucom, D. H. (2005). Observational coding of relationship-schematic processing. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 31-43.
- Symonds, D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the Alliance in Couple Therapy. *Family Process*, 43(4), 443-455.
- Tambling, R. B., & Johnson, L. N. (2008). The relationship between stages of change and outcome in couple therapy. *American Journal of Family Therapy*, 36(3), 229-241.
- Thurmaier, F., Engl, J., Eckert, V., & Hahlweg, K. (1992). Prävention von Ehe- und Partnerschaftsstörungen EPL: Ehevorbereitung - Ein Partnerschaftliches Lernprogramm. *Verhaltenstherapie*, 2(2), 116-124.
- Tilden, T., Gude, T., Sexton, H., Finset, A., & Hoffart, A. (in press). The associations between intensive residential couple therapy and change in a three-year follow-up period. *Contemporary Family Therapy*.
- Timulak, L. (2008). *Research in psychotherapy and counselling*. Los Angeles: Sage.
- Tremblay, N., Wright, J., Mamodhoussen, S., McDuff, P., & Cote, G. (2008). Correlates of attributions of causality and responsibility for couples in consultation for marital therapy. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40(3), 162-170.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney Callen, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.
- Ward, D. B., & McCollum, E. E. (2005). Treatment effectiveness and Its correlates in a marriage and family therapy training clinic. *American Journal of Family Therapy*, 33(3), 207-223.
- Weiss, R. L., Birchler, G. R., & Vincent, J. P. (1974). Contractual models of negotiation training in marital dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 36, 321-331.

- Weiss, R. L., Hops, H., & Patterson, G. R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it. In L. Hamerlynck, L. Handy & E. Mash (Eds.), *Behavioral change: Methodology, concepts, and practice*.
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1990). *Interpersonal psychotherapy for depression*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Whisman, M. A. (2001). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(1), 125-129.
- Whisman, M. A., Sheldon, C., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology, 109*(4), 803-808.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (1999). Integrating couple therapy with individual therapies and antidepressant medications in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(4), 415-429.
- Whisman, M. A., Weinstock, L. M., & Uebelacker, L. A. (2002). Mood reactivity to marital conflict: The influence of marital dissatisfaction and depression. *Behavior Therapy, 33*(2), 299-314.
- Wills, T. A., Weiss, R. L., & Patterson, G. R. (1974). A behavioral analysis of the determinants of marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(6), 802-811.
- Wilson, K. L., & Halford, K. W. (2008). Processes of Change in Self-Directed Couple Relationship Education. *Family Relations, 57*, 625-635.
- Woolley, S. R., Butler, M. H., & Wampler, K. S. (2000). Unraveling change in therapy: Three different process research methodologies. *American Journal of Family Therapy, 28*(4), 311-327.
- Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., & Mamodhoussen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process, 46*(3), 301-316.
- Zimmermann, T., Heinrichs, N., & Scott, J. L. (2006). CanCope "Schritt für Schritt": Die Effektivität eines partnerschaftlichen Unterstützungsprogramms bei Frauen mit Brust- oder gynäkologischen Krebserkrankungen. *Verhaltenstherapie, 16*, 247-255.



# 7

## Anhang

## 7.1 Curriculum Vitae

### Persönliche Daten:

Schär Marcel

Geburtstag: 25.08.1974

Heimatort: Hasle bei Burgdorf

### Beruflicher Werdegang

#### *Aus- und Weiterbildung:*

1992 – 1996	Lehre als Hochbauzeichner
1996 – 2000	Studium der Architektur an der Hochschule für Architektur HSB
2000	Diplom als Architekt HTL / FH
2000 – 2005	Studium der klinischen Psychologie, allgemeinen Psychologie und Philosophie an der Universität in Fribourg
2005	Lizenziat der Philosophischen Fakultät der Universität Fribourg (Titel der Lizenziatsarbeit: Stresserleben von Paaren während der „Bewältigungsorientierten Intervention“)
2005	Trainer des Freiburger Stresspräventionstrainings für Paare
2006	Postgraduale Weiterbildung in Paartherapie und –beratung (Prof. Dr. G. Bodenmann, Universität Fribourg)
ab April 2007	Postgraduale Weiterbildung Masterstudiengang Psychotherapie (PMP) der Universität Bern (Prof. Dr. F. Caspar)

#### *Berufstätigkeit*

2000 – 2002	Architekt HTL im Architekturbüro F-M. Branger AG, Grenchen
2002 – 2005	Forschungsunterassistent am Institut für Familienforschung und –beratung, Universität Fribourg (Prof. Dr. G. Bodenmann)
2003 – 2004	1-jähriges Praktikum in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik der Universität Bern
2004	4-monatiges Praktikum an der therapeutischen Praxisstelle der Universität Bern (Prof. Dr. Grawe)
2005 – 2008	Lehrstuhlassistant am Institut für Familienforschung und –beratung, Universität Fribourg (Prof. Dr. G. Bodenmann).
ab 2006	Paartherapien an der Universität Fribourg
ab 2007	Einzeltherapien an der Praxisstelle der Universität Bern
ab August 2008	Lehrstuhlassistant am Institut für klinische Psychologie, Schwerpunkt Kinder / Jugendliche und Paare / Familien, Universität Zürich

## 7.2 Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hier ehrenwörtlich, dass ich meine Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst habe. In Abschnitten, in denen andere Autoren mitbeteiligt waren, wurden sie namentlich erwähnt.

Die vorliegende Dissertation wurde bisher an keiner anderen Fakultät eingereicht.

Bern, 11. Januar 2010

Marcel Schär